UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Janvier 1934

PAR

Paul-Antoine CASSAN

Né à GAP (Hautes-Alpes), le 22 juillet 1906.

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur .....

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0060

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE LA LANGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 Janvier 1934

PAR

Paul-Antoine CASSAN

Né à GAP (Hautes-Alpes), le 22 juillet 1906.

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur..... *Président.*

GUYOT, professeur.....

PAPIN, professeur..... *Juges.*

LOUBAT, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET. DELMAS. SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE
Médecine générale	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
id.	DAMADE.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.	FONTAN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	RIVIÈRE.		

Ophtalmologie	MM.	CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.		N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle		GOURDON.
id. Clinique dentaire		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MORT POUR LA FRANCE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

MORT POUR LA FRANCE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

Je les unis dans une commune affection, et ma reconnaissance est grande pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA MÈRE — A MA TANTE

Laissez-moi vous exprimer ici mon affection et ma gratitude infinies.

A MA FEMME

Avec mon immense tendresse.

A MON ONCLE

LE COLONEL CASSAN

Commandeur de la Légion d'honneur.

Affectueux hommage.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MONSIEUR ET MADAME VALADE

Qui m'entourèrent d'une si grande affection pendant ma vie d'étudiant.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES JUGES

A Monsieur le Professeur F. PAPIN

Chargé du Cours complémentaire de Médecine opératoire
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société nationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

En le remerciant des conseils qu'il a bien voulu nous donner, qu'il daigne trouver ici l'hommage respectueux de toute notre gratitude.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur P. BÉGOUIN

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

En remerciement pour l'accueil si bienveillant et pour l'honneur que vous nous avez fait en voulant bien présider cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DE LA LANGUE

INTRODUCTION

Si l'on en juge par les nombreuses observations dont s'est enrichie de tout temps la littérature médicale, les abcès de la langue ne présentent pas un caractère d'exception. Aussi n'aurons-nous pas la prétention de faire une œuvre originale.

La question est certes connue, nombreux ont été les cas publiés, et il semble bien qu'ils pourraient l'être plus encore. Il ressort cependant de l'étude attentive de nombreux cas que, soit par hésitation sur le geste à faire, soit même faute d'un diagnostic précis, d'assez nombreux praticiens hésitent à assurer eux-mêmes la suite d'un traitement et à prendre sur eux la responsabilité d'une intervention dans bien des cas aussi aisée qu'indispensable.

Les traités classiques font de l'abcès de la langue une affection purement chirurgicale et qui semble nécessiter une véritable intervention. Seuls quelques laryngologistes ont insisté sur la facilité du traitement par les voies naturelles avec l'instrumentation chirurgicale la plus réduite, sans le secours d'un aide ou d'un anesthésiste. La trachéotomie, envisagée il y a un demi-siècle comme une intervention souvent pratiquée d'urgence à cause des œdèmes inflammatoires, n'est plus qu'un souvenir. Le traitement précoce agit assez énergiquement pour qu'on n'ait pas à

l'entrevoir. Les auteurs anciens comme modernes insistent sur la disparition presque instantanée des symptômes les plus dramatiques dès que le pus s'est écoulé.

Les abcès de la langue, par l'allure souvent sévère qu'ils affectent, le traitement d'urgence qu'ils imposent, ou les hésitations diagnostiques dont ils peuvent être l'objet, méritent une étude qui cherche à fixer leur individualité clinique et qui précise leur traitement à suivre.

Notre travail a été inspiré par la communication que fit M. le Professeur Papin à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux en 1932. Il publia une observation recueillie dans sa pratique privée, dont le caractère clinique, très particulier, assez différent de ce qui ressort des publications sur ce sujet, me paraît être intéressant à étudier.

D'autre part, Gaillard, dans une communication à la Société nationale de médecine et des sociétés médicales de Lyon le 22 février 1928 ; Worms et Bercher, dans la *Presse médicale*, 1922 ; Kendirjy et Lapouge, dans les *Archives internationales de laryngologie*, 1923, ont présenté un cas d'abcès de la langue dont l'allure clinique peut prêter à confusion avec certaines affections ou tumeurs d'observations plus fréquentes, telles que gomme syphilitique ou néoplasme. Il s'agit là d'affections très rares, dont le diagnostic est des plus délicats et qui semblent rentrer dans le cadre des « tumeurs inflammatoires ». « Cette question des tumeurs inflammatoires, a dit le Professeur Lejars, semble presque banale par certains côtés, mais à y réfléchir on s'aperçoit que c'est là une de ces banalités auxquelles il faut penser toujours, car l'erreur, si facile, pourrait se traduire par les conséquences les plus ennuyeuses. »

Nous reproduisons ici l'observation du Professeur Papin, car elle offre des caractères si particuliers que nous avons tenu à les dégager dès le début de notre travail, afin de pouvoir les ajouter, au cours des différents chapitres, aux caractères habituellement attribués aux suppurations profondes de la langue.

Les différents cas publiés jusqu'à ce jour sont assez différents de celui qui sert de point de départ à notre étude, aussi

est-il difficile de classer ce dernier dans la nosologie habituelle. Il pose un problème diagnostique intéressant, mais relativement facile ; sa pathogénie, par contre, est délicate, et nous serons réduit à formuler des hypothèses à ce sujet.

Observation de M. le Professeur Papin.

« M. L..., âgé d'une quarantaine d'années, vient consulter pour une « tumeur de la langue », qu'il a constatée depuis huit jours environ et qui l'inquiète. Il est hanté naturellement par la crainte du cancer. Mon examen me permet très vite de le rassurer à cet égard, mais ne laisse pas que de me causer d'assez grandes hésitations au point de vue du diagnostic exact.

Ce qu'on trouve en effet dans cette langue est assez inhabituel. Il existe, en plein corps charnu de la langue, dans sa partie mobile, une « tumeur » régulièrement arrondie et parfaitement médiane. Une noix qu'on aurait incluse au sein de la masse musculaire, sur la ligne médiane, représenterait bien ce qu'on trouve à la palpation. Les contours sont réguliers, la consistance plus ferme que celle du reste de la langue ; sur la face dorsale, dont la « tumeur » semble être un peu plus proche que la face inférieure, la pression détermine une certaine douleur. La langue ainsi augmentée de volume est mal à l'aise dans la bouche et le malade parle avec quelque difficulté.

Il se serait aperçu de cette grosseur, il y a moins d'une semaine, en tirant sa langue au dehors avec les doigts pour examiner une dent qui lui faisait mal. C'est même à cet acte qu'il attribue sa production ; à partir de ce moment, en effet, il a souffert. Les diverses applications faites sur la langue n'ont produit aucun effet.

L'état général paraît parfait : le malade ne s'est pas aperçu qu'il ait eu de la fièvre. C'est un homme de fort bonne santé, vigoureux, dont l'interrogatoire ne révèle aucun antécédent tuberculeux, syphilitique ou autre.

Outre la réaction de Wassermann, que je fais naturellement faire, le moyen le plus simple d'établir le diagnostic me paraît être une ponction, qui pourra permettre d'identifier certaines lésions (abcès,

tuberculome, kyste) et de les différencier des tumeurs solides, comme le lipome, etc. Cette ponction avec une aiguille un peu forte retire vite du pus assez épais, en partie hématique, qui est envoyé au laboratoire. L'examen qui en est fait donne le résultat suivant :

« Cytologie : Nombreux leucocytes polynucléés neutrophiles, accompagnés de globules rouges. Bactériologie : La méthode Gram met en évidence une flore microbienne abondante, constituée par de très fins coccobacilles Gram négatifs, du type bacille Pfeiffer, et par quelques rares germes du type pneumocoques. La recherche des bacilles acido-alcoolo-résistants a donné un résultat négatif. »

Par ailleurs, la réaction de Wassermann est formellement négative. Le diagnostic est donc assuré d'abcès de la langue. L'évacuation de l'abcès, le surlendemain, a donné une guérison rapide et complète.

Ce fait clinique n'est pas seulement intéressant par sa rareté et par le problème diagnostic qu'il posait, il montre aussi l'abcès de la langue sous un jour un peu particulier.

Quand on se reporte, en effet, aux notions classiques sur ce sujet, on trouve surtout décrite une glossite aiguë, survenant avec un cortège de phénomènes généraux infectieux, parfois graves.

Or, nous nous trouvons, dans le cas du malade du Professeur Papin, en présence d'une suppuration profonde de la langue, qui se singularise :

1° par le fait qu'elle est apparue chez un sujet vigoureux, de santé florissante ;

2° que, quoique due à du pneumocoque et à du bacille de Pfeiffer, elle a évolué d'une façon subaiguë, presque froide ;

3° qu'elle siégeait dans la partie médiane entre les deux génio-glosses.

C'est ce caractère clinique très particulier, différent de ce qui ressort des publications sur ce sujet, qui nous paraît faire l'intérêt de ce cas.

Nous allons tâcher de fixer l'individualité clinique de l'abcès de la langue, ou, plus exactement, de ses formes cliniques, et de le dégager des autres formes de glossites, avec qui il a été longtemps accolé dans un cadre nosologique périmé. Pour la clarté de l'étude, nous étudierons la question dans l'ordre habituel :

— Historique ;
— Etiologie ;
— Anatomie pathologique (anatomie, histologie, formes microbiologiques) ;
— Symptomatologie et formes cliniques ;
— Evolution et pronostic ;
— Diagnostic ;
— Traitement.

Nous ferons suivre notre travail des observations les plus caractéristiques, et nous conclurons par les déductions pratiques qui dérivent de cette étude.

HISTORIQUE

Pour ne point faillir à une vénérable tradition, nous ne saurions commencer notre étude sans invoquer Hippocrate, Arétée et Galien, qui apportèrent en leur temps leur contribution à l'étude des abcès de la langue. Nous n'avons pas l'intention de détailler tous les travaux, études ou mémoires qui depuis lors parurent sur la question. Nous nous contenterons de retracer à grands traits les étapes de nos connaissances actuelles. Pour trouver quelque intéressante tentative de la question, il nous faut dépasser Ambroise Paré, et même tout le XVIII^e^ siècle, où nous ne pourrions rencontrer que des faits isolés, sans cohésion, et surtout rapportés à des données étiologiques curieuses, qui, actuellement, paraissent quelque peu fantaisistes.

En 1817, Breschet et Finot posent les premiers quelques considérations étiologiques et même anatomo-cliniques dans le Dictionnaire en 60 volumes.

Le XIX^e^ siècle nous apporte toute une série de faits cliniques, dont quelques-uns entraînèrent même des discussions pathogéniques et thérapeutiques. Dans sa thèse de concours, Maisonneuve rapporte quelques cas intéressants (1848). Corlieu publie dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1854, quelques réflexions sur les abcès de la langue. Chassaignac, Clarke, Butlin, Gueneau de Mussy, publient une série d'observations de valeur très inégale.

C'est ensuite l'époque d'apparition d'études importantes faisant l'objet de thèses et de traités classiques. Parmi les premiers, nous citerons :

Caulier, *De la glossite profonde aiguë* (Thèse Paris, 1884) ;
Thiebaud, *Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë* (Thèse Paris, 1894) ;
Saenz, *La glossite profonde aiguë* (Thèse Montpellier, 1905) ;
Duperier, *De la glossite profonde aiguë* (Thèse Paris, 1907).

Entre-temps, avaient paru la première étude histologique d'une inflammation linguale aiguë par Sabrazès et Bousquet (1897) et les articles des différents traités classiques :

celui de Kermisson, dans son *Manuel de pathologie externe ;*
celui de Broca, dans le *Traité de Duplay et Reclus ;*
celui de Morestin, dans celui de Le Dentu et Delbet ;
celui de Lenormand, dans le *Précis de pathologie chirurgicale.*

Nous arrivons enfin à l'époque contemporaine avec les travaux de Morestin (Société anatomique de Paris, 1911) ; Princeteau, *Abcès du plancher de la bouche prolongé secondairement à la langue* (*Journal de médecine de Bordeaux*, janv. 1911) ; Combier et Murard ; un remarquable travail de Dunet et Michon ; les travaux de Cuvillier et Quirin ; Texier et Levesque ; Louis Rimaud ; des cas étudiés tout récemment par Michon, puis par Dunet ; la thèse de Maitrerobert (*Contribution à l'étude des abcès de la langue*, thèse Lyon, 1927) ; la thèse de Marronneaud (*Contribution à l'étude des abcès de la racine de la langue*, Bordeaux, 1922) ; les publications du docteur Sudaka, dans l'*Algérie médicale*, décembre 1927, ainsi que la thèse très complète d'Aboulker (Paris, 1932).

ÉTIOLOGIE

L'abcès de la langue est une affection rare. La statistique du Docteur Aboulker montre une douzaine de cas sur 50.000 consultants. Chez l'enfant, T. Santi signale un cas qui fut le premier observé sur les 50.000 enfants qui consultèrent à sa polyclinique. Il existe cependant un certain nombre d'observations précises dont on peut tirer quelques notions étiologiques.

L'abcès de la langue n'est que l'expression terminale d'une glossite parenchymateuse profonde ; elle se distingue donc par définition de toutes les lésions superficielles, uniquement muqueuses, qui ne sont que la localisation linguale d'une stomatite. « La glossite profonde est aussi rare que la glossite corticale est commune », a dit Morestin. La glossite parenchymateuse peut avoir diverses évolutions, suivant la virulence de l'infection ou la résistance de l'organisme : elle peut ou se résoudre ou aboutir à la gangrène ou à la suppuration. Dans ce cas, il se formera un abcès de la langue. Parmi les causes que l'on relève à l'origine, il en est de trois sortes : causes prédisposantes, causes occasionnelles et causes déterminantes.

I. — *Causes prédisposantes.*

1° *L'âge.* — La plupart des abcès de la langue sont apparus chez des adultes entre 20 et 40 ans. Les enfants et les vieillards sont, en général, épargnés. Nous n'avons retrouvé qu'une observation d'abcès de la langue chez l'enfant (cas de Dupas, fillette

de 5 ans 1/2), et une chez le vieillard (Gueneau de Mussy, malade de 80 ans).

2° *Le sexe.* — L'homme est frappé le plus souvent : Franck cite 13 cas, tous chez l'homme ; Dupérié, 7 cas chez l'homme, 1 chez la femme ; Venot, 1 cas chez l'homme ; Chassaignac, 4 cas, tous chez l'homme ; Dunet et Michon, pour 2 cas chez la femme, 10 chez l'homme. L'observation du Professeur Papin est aussi celle d'un homme. En somme, 3 cas chez la femme pour 36 chez l'homme.

3° *Le milieu.* — On a remarqué que les campagnards sont en plus grand nombre que les citadins. Peut-être faut-il trouver la cause de cela dans la négligence habituelle des campagnards pour les soins de la bouche.

4° *Les saisons.* — Selon Dupérier, on observerait plus d'abcès de la langue en hiver qu'en été. Sans doute le froid a-t-il un rôle dans l'apparition de ces affections.

5° *Les diathèses et maladies générales.* — On trouve citée un peu partout la goutte, encore qu'aucune des nombreuses observations que nous avons lues, en dehors de celles publiées plus loin, n'invoque cette cause. La tuberculose, qui favorise si souvent le développement des infections secondaires, peut parfaitement préparer le terrain aux abcès linguaux, surtout lorsque le tuberculeux arrive à la phase de cachexie. Venot a signalé à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux un cas d'abcès de la langue chez un tuberculeux avéré contenant du bacille de Koch.

Le diabète lui aussi a été relevé parmi les antécédents de ces malades, ce qui n'a rien d'étonnant étant donné l'état en général défectueux de la bouche dans cette diathèse : dents cariées, gencives fongueuses, et la salive, dont la composition spéciale, dans de tels cas, est un bon milieu de culture microbienne.

Plus probable et plus réelle paraît l'action des infections générales : fièvre typhoïde, variole, oreillons, scarlatine, érysipèle à répétition (cas de Guéneau de Mussy). Ces différentes maladies donnent souvent des manifestations buccales ; amygdaliennes, linguales, gingivales, et semblent favoriser beaucoup l'appari-

tion de la glossite, puis l'abcès, qui est sa complication en augmentant la septicité du milieu buccal.

II. — *Causes occasionnelles.*

Ce sont toutes les lésions de voisinage.

1° *La carie dentaire.* — Les abcès de la langue sont fréquemment provoqués par l'effraction de la muqueuse par n'importe quel agent traumatisant. Le traumatisme, ouvrant alors une porte aux micro-organismes, déclenche l'infection linguale ; c'est un facteur primordial, car on le relève dans la moitié des cas environ.

Les lésions dentaires sont très fréquemment à l'origine des abcès de la langue, et justement parce qu'ils sont une cause d'irritation chronique et entretiennent des ulcérations, souvent petites, pendant un temps très long. Il suffit alors qu'une cause quelconque provoque une recrudescence de la virulence des microbes saprophytes de la bouche pour qu'un abcès se forme.

On a vu des lésions dentaires produire successivement une angine de Ludwig et, quelques mois plus tard, un abcès de la langue ; chez un autre malade, une infection gingivale, localisée dans le capuchon muqueux d'une dent de sagesse, a produit une tumeur inflammatoire subaiguë du plancher de la bouche et de la langue qui en a imposé à des chirurgiens avertis pour une tumeur maligne ; l'extraction de la dent fit fondre la tumeur. Dans le cas du Professeur Papin, une seule cause occasionnelle était à retenir, une prémolaire cariée depuis assez longtemps, ce malade étant en effet un sujet tout à fait vigoureux et absolument indemne de toute tare.

Cependant, chaque effraction de la muqueuse linguale n'est pas suivie d'abcès ; il suffit de voir le nombre d'ulcérations linguales produites par une mauvaise dentition. Et Viollaud disait à ce sujet dans sa thèse : « Quand on compare la rareté des abcès de la langue au grand nombre des individus atteints de carie dentaire, n'est-on pas naturellement porté à croire que l'irritation en question ne peut être déterminante que si elle est jointe à des causes plus énergiques ? »

Viollaud entrevoyait déjà parmi les causes occasionnelles ce qu'on attribue aujourd'hui à l'augmentation de virulence de microbes saprophytes de la bouche.

Quoique très importante, la carie dentaire n'est pas absolument indispensable, car la langue présente de nombreux orifices et diverticules glandulaires s'enfonçant profondément en plein parenchyme, portes d'entrée naturelles ouvertes à l'infection.

En outre, il est des cas, dit Morestin, où les microbes de la flore buccale atteignent une virulence particulière, et où l'épithélium lingual, profondément modifié, n'est plus qu'« une barrière insuffisante » aisément franchie.

2° *Les blessures par corps étrangers.* — Parmi les agents externes qui lèsent la muqueuse linguale et provoquent des abcès dans le parenchyme musculaire, il faut d'abord citer les arêtes de poisson, puis les barbes d'épis de graminée mâchonnées par les paysans, et qui, en traversant la muqueuse, peuvent provoquer une infection profonde. Dans d'autres observations, nous relevons des piqûres par fragments d'os, appareils de prothèse. Moins fréquents sont les abcès consécutifs à une morsure de la langue ; il en existe cependant quelques cas. Encore moins fréquemment le traumatisme en cause est une brûlure. Le fait a cependant été observé quelquefois en Angleterre à la suite de l'absorption de thé brûlant.

Au cours de tentatives de suicide pratiquées en appuyant le canon de l'arme sous le menton, il est arrivé que la balle aille se loger dans l'épaisseur de la langue et provoque un abcès. Au cours d'une chute, on rapporte qu'une dent se brisa et que le hasard la fit se planter dans le dos de la langue, où elle fut la cause d'une collection suppurée. Signalons le cas d'un malade qui, pour avoir subi une cautérisation trop énergique de la langue, fit un abcès, qui fut incisé par Dupuytren (Thèse Delaporte, 1817). Les classiques citent encore parmi les causes traumatisantes les piqûres d'insectes venimeux.

On peut rapporter à titre de curiosité les cas de deux hommes observés par Ambroise Paré qui contractèrent une glossite mortelle pour avoir bu du vin où avaient infusé des feuilles de sauge

souillées de bave de crapaud. De même, ce jeune berger qui, à la suite d'un pari, mâcha un crapaud vivant et vit sa langue enfler démesurément. Non moins singulière est l'observation rapportée par Morestin d'une démente qui voulut faire prendre dans sa bouche à une vipère apprivoisée un morceau de biscuit, l'animal « laissa le biscuit et mordit la langue »; cette morsure occasionna une glossite intense et fort grave, dont la malheureuse fut cependant guérie.

Toutes ces dernières causes de glossite paraissent un peu en dehors de la question des abcès de la langue proprement dits, mais nous nous garderions de les passer sous silence tant leur extraordinaire histoire a pu frapper tous ceux qui se sont occupés de la question.

3° *Les différentes stomatites.* — Elles peuvent être la cause d'abcès de la langue. Le Docteur Sudaka rapporte le cas d'un spécifique qui, au cours d'un traitement bismuthique, fit une stomatite, une glossite diffuse. On nota même une pseudo-fluctuation.

4° *La parotidite aiguë.* — Elle a été retrouvée dans l'étiologie d'un abcès de la langue par Zazowsky (in *Bulletin de thérapeutique*, 1844). On conçoit que la parotide infectée déversant son pus dans la bouche, il suffit d'une solution de continuité dans la bouche pour provoquer l'apparition d'une glossite.

5° *Les différentes angines et amygdalites* érythémateuses banales, angines à fausses membranes, amygdalites phlegmoneuses et gangréneuses, peuvent être la cause d'abcès de la langue.

Cela expliquerait la plus grande fréquence des abcès de la langue en hiver, survenant de préférence après un coup de froid. Ces angines banales s'accompagnent souvent d'affections du nasopharynx.

Vidal rapporte le cas d'un enfant qui mourut en quelques jours avec une inflammation suraiguë de tous les tissus de la langue, que l'autopsie mit en évidence. La variole a aussi été citée ; on vit de nombreux cas de glossite profonde chez les varioleux de l'armée française pendant le siège de Paris de 1871.

III. — *Causes déterminantes.*

Toutes les causes que nous venons d'énumérer peuvent avoir une action dans l'apparition des abcès de la langue. Mais la véritable cause nécessaire et suffisante est le germe infectieux. C'est toujours la septicité buccale qui doit être rendue responsable des accidents observés. Cependant, il est des cas où, à première vue, il est impossible de retrouver la moindre cause. Le malade du professeur Papin est un homme absolument vigoureux, indemne de toute tare. Ceux cités par Gaillard dans le *Bulletin de la Société de médecine et des sciences naturelles de Lyon*, février 1928 ; Worms et Bercher, *Presse médicale*, 1932, ou Kendirjy et Lapouge, *Archives internationales de laryngologie*, 1923, ne présentent aucun antécédent pathologique notable. On conçoit donc la difficulté qu'il y avait, dans ces derniers cas, à poser le diagnostic d'abcès de la langue, et la possibilité d'affirmer la présence d'un néoplasme. Or, en faisant un examen minutieux de la cavité buccale, on trouve dans la plupart des cas des lésions dentaires. C'est par l'intermédiaire des lésions érosives superficielles, consécutives aux stomatites si fréquemment observées au cours des infections générales ou locales, et des plaies directes occasionnées par les piqûres, brûlures, que se réalise l'inoculation des plans sous-muqueux de la langue.

« L'abcès de la langue, a dit Michon, est un phlegmon lingual suppuré, reconnaissant toujours comme cause une infection buccale qui s'exalte à l'occasion d'une affection générale ou locale intercurrentes. Toutes les autres causes ne sont que des causes adjuvantes. »

Dans la plupart des cas relatés, l'étude bactériologique a été négligée, tous les saprophytes de la cavité buccale ont été incriminés. L'abcès du malade du Professeur Papin contenait du bacille de Pfeiffer et du pneumocoque. Par quelle voie pneumocoques et bacilles de Pfeiffer ont-ils pu pénétrer dans l'intimité de la langue ? On ne trouvait aucune solution de continuité à la muqueuse linguale. Il n'y avait pas d'adénopathie décelable à la palpation. Comment a donc pu se propager l'infection ? Nous allons essayer de répondre à cette question en étudiant l'anatomie pathologique des abcès de la langue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — *Anatomie normale.*

Les caractères anatomo-pathologiques des abcès de la langue et leurs conditions d'évolution anatomique sont en partie expliqués par les particularités de structure de cet organe, aussi allons-nous rappeler les grandes lignes de l'anatomie de la langue. Nous empruntons à l'excellent travail de Dumet et Michon la description et les schémas de la charpente ostéo-fibreuse de la langue.

Myologie. — Support anatomique des éléments du goût, la langue, organe musculaire, joue un rôle important dans la mastication, la déglutition, la succion et la phonation. Située immédiatement en avant de la région pharyngienne, elle occupe à l'état normal toute la cavité buccale.

On s'accorde pour distinguer dans la langue deux portions : une portion libre, ou portion mobile, et une portion fixe, ou racine de la langue. Nous devons aussi différencier deux parties histologiquement très différentes :

1° Une couche superficielle, constituée par la muqueuse recouvrant un plan de tissu conjonctif ;

2° Une masse centrale musculaire composée de dix-sept muscles. Cette masse centrale est formée par l'intrication des fibres terminales des muscles intrinsèques et extrinsèques, qui viennent se terminer en s'insérant sur la charpente fibro-aponévrotique de la langue.

Cette charpente est constituée, d'une part, par une formation membraneuse disposée dans le sens frontal et située à la partie toute postérieure de la langue ; elle s'insère par son bord inférieur

sur le bord postérieur de l'os hyoïde et présente un bord libre sous la surface de la langue : c'est la membrane hyo-glosse.

D'autre part, une autre formation fibro-aponévrotique, et qui porte le nom de septum lingual, est disposée perpendiculairement

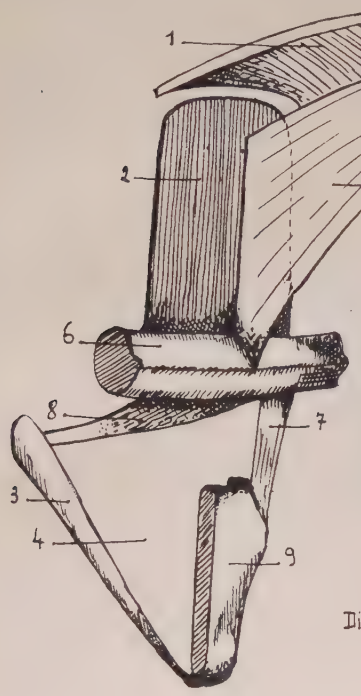

Fig. 1. — Schéma de la charpente fibro-aponévrotique de la langue.

1. Fascia lingual ; 2. Membrane hyo-glossinne ; 3. Epiglotte ; 4. Loge thyro-glosso-épiglottique ; 5. Septum lingual ; 6. Os hyoïde ; 7. Membrane hyo-thyroïdienne ; 8. Membrane hyo-épiglottique ; 9. Cartilage thyroïde sectionné.

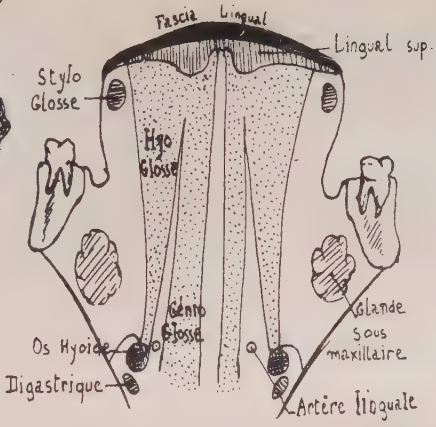

Fig. 2. — Schéma d'une coupe de la langue au niveau de la portion moyenne. Il existe trois travées fibreuses : le septum médian et les deux travées de l'artère linguale entre hyo-glosse et génio-glosse.

à la précédente, dans un sens sagittal, sépare les deux moitiés de la langue. Elle a une forme de faux et présente un bord postérieur inséré sur la membrane hyo-glosse et une extrémité libre dans la pointe. Enfin, le tissu cellulaire du derme de la région dorsale de la langue présente, du fait de ses insertions musculaires

qui se font sur lui, une texture particulièrement dense et serrée, si bien qu'il s'individualise et a été décrit sous le nom de fascia-lingual.

Ces différents éléments contribuent à cloisonner, quoique imparfaitement, le corps de la langue. Les deux moitiés sont ainsi séparées par le septum, et la muqueuse du corps et de la base est plus ou moins isolée des masses musculaires sous-jacentes par le fascia-lingual et la membrane hyo-glosse.

Si nous mettons à part le lingual supérieur, seul muscle impair

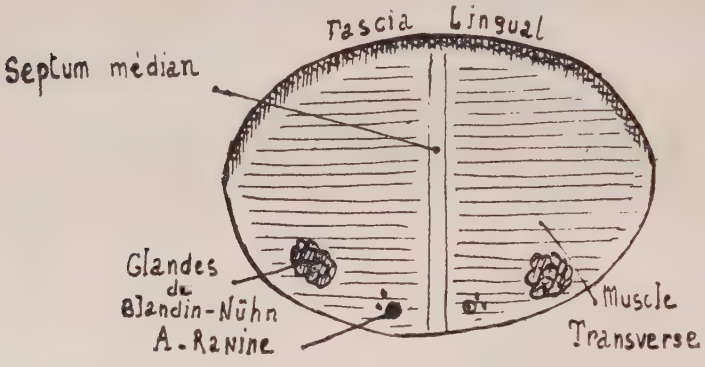

Fig. 3. — Schéma d'une coupe frontale de la langue au niveau de la pointe. Il n'existe plus qu'une travée cellulaire dense : le septum médian.

de la langue, nous pouvons poser que chaque moitié est composée de huit muscles, tant intrinsèques qu'extrinsèques. Peu nous importe ici. Le seul fait intéressant est que, contre toute attente, ces muscles, très intimement intriqués, font bloc sans présenter pratiquement de cloisons intermusculaires ni travées de tissu cellulaire. On peut cependant discerner un intervalle inter-hyo-génio-glosse, suivi à la partie moyenne par l'artère linguale, qu'on ne retrouve plus sur une coupe de la pointe. Cette travée rejoint les espaces celluleux du cou et peut y conduire le pus d'un abcès profond.

Lymphatiques. — Le réseau lymphatique est développé au maximum sur le dos de la langue ; il est moins développé sur la face ventrale de l'organe et s'anastomose avec celui du dos par

les lymphatiques des bords. L'anastomose entre les vaisseaux de la pointe et de la base semble difficile à montrer. Une injection pratiquée dans les lymphatiques de la pointe atteint difficilement ceux de la base, et Rouvière explique ce fait par la différence d'origine embryologique de la pointe et de la base. Ces réseaux lymphatiques se réunissent en quelques troncs qui se terminent dans les ganglions de la chaîne carotidienne, dans les ganglions sus-hyoïdiens médians et sous-maxillaires.

Appareil glandulaire. — Sous la dépendance de la muqueuse linguale, l'appareil glandulaire est représenté par un grand nombre de glandes salivaires, que les anatomistes divisent en trois groupes :

— Un groupe postérieur, qui occupe la base de la langue, composé de glandes nombreuses et volumineuses, qui s'ouvrent entre les follicules ou dans leur cavité même ;

— Un groupe latéral, ou groupe de Weber, disséminé le long des bords ;

— Enfin, un groupe antéro-inférieur, ou groupe de la pointe, où se trouvent des glandes profondément situées, dont une, plus importante que les autres, appelée glande de Blandin-Nuhn.

Nous distinguerons donc à cet ensemble musculaire complexe qu'est la langue 2 parties :

1° Une partie mobile, que l'on peut limiter macroscopiquement à la partie qui peut être amenée hors des arcades dentaires par la protusion totale de l'organe, de nature purement musculaire, sans espaces cellulaires, avec de rares lymphatiques profonds, engainés dans une muqueuse épaissie et intimement adhérente à la pointe de la langue. Cette partie mobile est de toute évidence la plus exposée aux traumatismes.

2° Une partie fixe, ou base de la langue, qui sert d'appui à l'effort musculaire. Alors que les faisceaux musculaires sont fortement intriqués à la pointe de la langue, ils s'écartent progressivement dans cette partie fixe, à la recherche de leurs insertions postérieures, en ménageant entre eux des espaces comblés par du tissu cellulaire ou des lymphatiques. Il existe ainsi dans la base un système lymphatique complexe, sur lequel Caulier, Saenz et

Thiébaud ont déjà insisté dans leur thèse. On peut donc comparer la langue à un véritable organe lymphoïde, doublé d'ailleurs à sa partie superficielle par l'amygdale linguale. David Graigie attribua en 1834 les abcès de la langue aux infections de l'amygdale linguale.

D'après notre définition, la partie moyenne sera comprise avec la base. Cette partie se comporte fonctionnellement comme la base ; il est d'ailleurs difficile d'opposer rigoureusement au point de vue anatomique la pointe à la base sans zone intermédiaire.

Cruveilher décrit au-dessous du septum lingual un entre-croisement de rares fibres musculaires entre lesquelles est interposée une graisse molle, d'autant plus abondante qu'on approche davantage de la racine de la langue.

Les deux génio-glosses, dit Charpy, sont séparés en haut par le septum lingual et en bas par une graisse molle de glissement.

Cummingham décrit : « Les quelques vaisseaux lymphatiques qui courent entre les génio-glosses communiquent en avant avec de menus vaisseaux blancs de la pointe de la langue. A la partie postérieure de la base de la langue, ils se dégagent pour se porter vers les ganglions sous-maxillaires et le ganglion princeps de Kuttner. »

D'après notre classification, les collections suppurées qui se produisent dans la langue siégeront, d'après notre classification, soit dans la pointe, soit dans la base.

Yver avait déjà adopté cette classification dans un article publié dans les *Archives de médecine navale* (1926, p. 111), où il opposait les abcès de la pointe, qui sont bénins, aux phlegmons de la base, qui sont plus graves.

A. — Abcès de la pointe.

Cet abcès est toujours relativement profond, situé dans le tissu musculaire dense de l'organe. Ceci explique la formation d'une loge bien limitée, tendue par le pus, donnant classiquement la sensation d'un noyau dur, qui peut en imposer pour une tumeur

solide. La tension de la poche explique les douleurs violentes, qui passent par des périodes de recrudescence et qui s'irradient dans tout l'organe. Souvent même, il y a plusieurs petites loges purulentes (cas de Dunet et Michon).

Les abcès, une fois traités, laissent peu de traces. La poche purulente, drainée, s'aplatit et disparaît en quelques jours, et il ne reste pour ainsi dire pas de traces de la suppuration. Les abcès de la pointe de la langue siègent toujours sur la partie latérale de cet organe, et maints auteurs les ont décrits sous le nom d'hémiglossites ; il nous paraît que cette unilatéralité aurait pour causes : l'absence du septum médian sur toute sa hauteur dans la région de la pointe, ainsi que l'entre-croisement des lymphatiques ; d'autre part, comme le tissu musculaire y est extrêmement dense, ces abcès ne se propageront pas et les réactions ganglionnaires seront pour ainsi dire nulles. On conçoit d'avance le pronostic bénin de cette variété d'abcès.

B. — Abcès de la base.

Du fait de sa conformation anatomique, la région de la base de la langue nous paraît particulièrement vulnérable. Mais quand il y a suppuration de la base, il est difficile de préjuger de son siège exact en raison des difficultés de l'examen objectif, ainsi que de l'énorme tuméfaction de l'organe. Mais dans cette région où voisinent formations lymphoïdes et groupes glandulaires, quel est le premier point de localisation de l'infection ?

Caulier, Thiébaud et Saenz pensent que le fait primordial de la localisation infectueuse était l'angioleucite. Toutefois, maintes observations de phlegmons de la base de la langue ont montré une réaction ganglionnaire nulle ou minime. Pourquoi, avec Dunet et Michon, ne pas incriminer une localisation primitive de l'infection au niveau des groupes bien individualisés de Weber et de Blandin-Nuhn ? Ces formations glandulaires intramusculaires, profondément situées, semblent être à l'origine de ces suppurations de la langue. Le malade du Professeur Papin avait un abcès médian en plein corps charnu de la langue, développé

anatomiquement entre les deux génio-glosses. Par quelle voie et quel mécanisme les pneumocoques et les bacilles de Pfeiffer ont-ils pu venir former cette collection suppurée ? Nous ne pensons pas qu'il faille incriminer la voie lymphatique. Or, ce malade avait depuis longtemps une dent profondément cariée, entretenant un foyer d'infection dans la cavité buccale. Il y a donc lieu de penser que la dent cariée, traumatisant la muqueuse linguale, a ouvert une porte d'entrée aux micro-organismes à travers l'appareil glandulaire et a déclenché l'infection linguale.

II. — *Anatomie microscopique.*

L'examen histologique a été très rarement pratiqué, aussi est-il bien difficile de tenter une étude de l'anatomie microscopique des abcès linguaux. Nous devons donc nous contenter de rapporter les résultats obtenus par les rares auteurs qui ont fait cet examen. Il n'existe que deux documents se rapportant à cette question.

Le premier date de 1897 ; il est dû à Sabrazès et Bousquet, qui, dans un cas d'inflammation aiguë terminé par la mort au troisième jour, ont trouvé les altérations suivantes, rapportées par Morestin :

« Dans la région atteinte, tous les tissus étaient frappés. L'épithélium de la muqueuse avait perdu ses couches superficielles. D'autre part, les prolongements qu'il envoie dans l'épaisseur du derme, au lieu d'être réguliers comme ils le sont d'ordinaire, dessinaient sur la coupe des figures sinueuses découpées en cartes de géographie. Les papilles qu'entourent et limitent ces prolongements, elles-mêmes inégales et étalées, n'étaient plus qu'une accumulation d'éléments cellulaires de petit volume, à noyau découpé, très chromatique, de cellules fusiformes minces et allongées, et de précipités granuleux disposés en séries réticulées.

» Dans tout le territoire hypertrophié, la langue est gorgée de cellules embryonnaires. L'infiltration cellulaire s'est faite sur une telle épaisseur que le plan des fibres striées se trouve refoulé à une distance de plus de 1 millimètre au-dessous du niveau normal.

Les faisceaux musculaires sont eux-mêmes séparés par des accumulations cellulaires, si bien que l'hypertrophie de l'organe est due surtout à une sorte d'injection interstitielle par ces petites cellules à noyaux multilobés, tassées les unes contre les autres, extraordinairement denses.

» Les fibres musculaires ont conservé leur situation, mais, autour des noyaux du sarcolemme, apparaissent des gouttelettes de graisse. Ces noyaux sont eux-mêmes en voie de multiplication. Les lymphatiques sont gorgés de leucocytes, les veines çà et là thrombosées, les artères relativement saines. »

Le seul fait à retenir est donc que la glossite est nettement interstitielle et non parenchymateuse.

Plus récemment, en novembre 1921, Dunet, ayant examiné les débris retirés à la curette des parois d'un abcès du bord marginal, rapporte que ces fongosités sont composées de « tissu connectif lâche infiltré de cellules polynucléaires en état de chromatolyse. La présence de quelques cellules multinucléées isolées ne doit pas faire songer à la possibilité d'un processus tuberculeux, ces cellules ayant plutôt le type macrophagique ».

III. — *Étude bactériologique.*

Il est regrettable que l'étude bactériologique n'ait pas été faite plus souvent, car, en étudiant un assez grand nombre d'observations, nous n'avons trouvé que peu d'analyses bactériologiques et moins souvent encore leur compte rendu complet et détaillé. Néanmoins, nous avons pu constater que, dans la majorité des cas, le chirurgien signale que le pus était fétide, ce qui porte à croire qu'il était dû, peut-être seulement en partie, à des anaérobies.

Dans l'observation du Professeur Papin, la réponse du laboratoire fut la suivante : « La méthode de Gram met en évidence une flore microbienne abondante, constituée par de très fins coccobacilles Gram négatifs, du type bacille Pfeiffer, et par quelques rares germes du type pneumocoque. La recherche des bacilles acido-alcoolo-résistants a donné un résultat négatif. »

Yver (*Archives de médecine navale*, p. 111, 1926) trouve du staphylocoque. Goodale fit la culture sur sérum avec les tissus nécrosés de la base de la langue, qui donna de très nombreuses colonies de cocci en chaînettes, de streptocoques dorés, et très peu de colonies de staphylocoques dorés.

Morestin (*Société anatomo-clinique de Paris*, 1911, p. 123) ensemença le pus sur divers milieux et trouva un bacille anaérobie et des spirilles. Santi (*Policlinico Sezione Pratica*, p. 627, 6 mai 1929) mit en évidence du staphylocoque. Aboulker trouva un mélange de pneumocoques et de streptocoques.

Nous pouvons remarquer cependant que les microbes rencontrés le plus fréquemment sont le streptocoque, qui paraît exister dans tous les cas graves, ensuite le staphylocoque et le pneumocoque ; nous voyons mentionner plus rarement les anaérobies et les spirilles, exceptionnellement le bacille pseudo-diphtérique.

SYMPTOMATOLOGIE — FORMES CLINIQUES

On est surpris, en lisant les nombreuses observations publiant des cas d'abcès de la langue, de la riche symptomatologie de cette affection. Dans certains cas, les phénomènes généraux prédominent, d'autres fois ils ne sont pas du tout en rapport avec l'acuité des phénomènes locaux. Certains abcès de la langue évoluent lentement, laissant préjuger la possibilité d'une lésion sévère (formes pseudo-tumorales), d'autres ont une symptomatologie bruyante et évoluent à grand fracas.

Aussi, voit-on les auteurs ayant publié des observations à ces sujets employer des appellations latines ou grecques les plus diverses pour désigner les suppurations intralinguales : glossite parenchymateuse, glossite interstitielle, glossite profonde aiguë, macroglossite aiguë, glossocèle, etc. Pourquoi ne pas appeler tout simplement abcès de la langue ces suppurations profondes de l'organe, et pourquoi ne pas faire appel aux notions anatomiques et anatomo-pathologiques précédemment étudiées pour décrire les symptômes des inflammations du complexe anatomique si différent qu'est la langue ? Nous décrirons donc les symptômes des abcès de la pointe et les symptômes des abcès de la base.

I. — *Abcès de la pointe.*

L'abcès de la pointe est un abcès bien limité, situé en plein tissu musculaire et placé latéralement.

Début. — La période de début va du moment où le traumatisme a produit une effraction de la muqueuse linguale à la phase de collection de l'abcès. Cette période dure cinq à six jours.

La douleur est légère les premières heures, il s'agit plutôt d'une gêne de la langue qui se sent comme gênée dans la cavité buccale. Au dire d'un malade, elle apparaît comme « cartonnée ». Dans les jours qui suivent, les phénomènes fonctionnels s'exagèrent. La langue devient douloureuse, elle est le siège d'élancements douloureux localisés exclusivement à la pointe, si bien que le malade reste la bouche entr'ouverte pour éviter le frôlement de la langue contre les arcades dentaires.

L'état général est peu touché. Il n'existe pas de trismus, et la fièvre, quand elle existe, ne dépasse guère 38 degrés.

En même temps, la langue se tuméfie du côté blessé jusqu'à doubler son volume, et la tumeur, malgré les notions classiques d'hémiglossite, déborde la ligne médiane. La mastication et la déglutition sont gênées, moins par le volume et le manque de motilité de l'organe que par la douleur. La parole est peu ou pas modifiée, et on n'observe pas de troubles respiratoires.

Période d'état. — C'est vers le cinquième ou sixième jour que le chirurgien est appelé à examiner le malade.

La langue est tuméfiée du côté blessé, elle est recouverte d'un exsudat blanc jaunâtre, et l'abcès venant affleurer à la surface y produit une saillie d'un rouge vif, dépapillée. Il n'y a pas d'adénite, et les phénomènes généraux semblent s'amender.

Si à ce moment on ponctionne l'abcès, on retire 5 à 10 cm^3 d'un pus bien lié. L'exploration de la cavité montre parfois l'agent causal de l'abcès (arête de poisson ou épi de blé). En même temps la fièvre et la douleur disparaissent, et quelques heures après la langue reprend sa mobilité. La plaie est cicatrisée trois jours après.

II. — *Abcès de la base.*

Les abcès de la base de la langue s'opposent par l'apparence de gravité de leur évolution, leur riche symptomatologie, leur étio-

logie aux abcès de la pointe, qui sont bénins. Nous avons vu que les abcès de la base avaient pour cause une affection de voisinage propagée par voie lymphatique. Leur symptomatologie parfois dramatique pouvant nécessiter une trachéotomie, fréquemment d'allure sévère, ou quelquefois très difficile à interpréter, nous a amené à classer cette variété d'abcès en trois catégories : des formes malignes, des formes aiguës, des formes d'allure chronique. Nous allons essayer, en nous basant sur les observations citées, d'individualiser cliniquement chaque variété d'abcès.

a) Formes malignes. — Bouisson a signalé le premier que les phlegmons diffus de la langue pouvaient prendre, quand ils étaient laissés à leur évolution naturelle, une évolution gangréneuse, avec tout le dramatique cortège que peut donner une affection gangréneuse localisée au carrefour aéro-digestif. Ces gangrènes ne sont plus que des souvenirs car, actuellement, les collections suppurées de la langue sont traitées à leur début énergiquement. Certaines formes sont plus graves lorsqu'elles surviennent chez des débilités, des alcooliques ou des diabétiques. Ces cas sont heureusement très rares ; il existe, au cours des septicémies, une sorte de panglossite où tout l'organe est infiltré par l'inflammation sans qu'on puisse la localiser en un point plus qu'en un autre. C'est le cas de la malade de Sabrazès et Bousquet, qui fit une véritable panglossite au cours d'une septicémie puerpérale. Vidal signala une glossite gangréneuse mortelle à la suite d'une scarlatine. Dans ces deux cas, il s'agit de maladies très graves, mais on ne saurait accuser l'abcès de la langue d'avoir suffi, en compliquant l'affection primitive, à amener la mort.

b) Formes aiguës. — Ce sont les formes les plus fréquentes des abcès de la langue ; ces suppurations du tissu cellulaire ont toujours pour cause, nous l'avons vu, une infection de voisinage.

A la suite d'une angine banale, un individu d'âge moyen, du sexe masculin, est pris brusquement d'une douleur sourde qu'il ne peut localiser exactement à la gorge ou à la base de la langue,

en même temps il se plaint de céphalée et d'une fièvre brutale atteignant de 39 à 40 degrés.

Le premier symptôme est le *gonflement*. C'est le symptôme qui frappe et qui inquiète le premier le malade. Ce gonflement, à l'inverse des abcès de la pointe de la langue, qui sont localisés et latéraux, est diffus, sans localisation précise. Il s'installe très vite, la plupart du temps trente-six ou quarante-huit heures, « à vue d'œil ». Quand le gonflement est accentué et a atteint son maximum, la langue énorme remplit toute la bouche, touche le palais ; ses bord latéraux paraissent verticaux, à pic, d'une épaisseur de plusieurs travers de doigt, et, dépassant latéralement les molaires, sont appliqués sur elles et en gardent l'empreinte. La langue peut faire saillie hors de la bouche entre les arcades dentaires qui s'y impriment ; le malade étant obligé de laisser la bouche entr'ouverte, laisse écouler une salive épaisse. La muqueuse est souvent rouge foncé ou violacé, témoignant par sa couleur de sa congestion.

Au gonflement s'ajoute la *douleur*. Cette douleur, qui était sourde les premières heures, devient violente, continue, ne laissant aucun repos au malade, avec des périodes d'exacerbation. Elle s'irradie au crâne, à la nuque, aux oreilles, et parfois s'accompagne de surdité (cas de Combier et Murard). Le malade se plaint aussi de souffrir dans la région thyroïdienne.

La douleur et le gonflement engendrent un symptôme capital dans le diagnostic des abcès de la base de la langue : l'*immobilité* absolue de la langue dans la bouche, qui est comme figée. Ce signe, qui a été décrit par le professeur Aboulker, est le signe principal des abcès de la base de la langue. Non seulement la protusion active de la langue est impossible, mais si on essaie de la tirer doucement hors des arcades dentaires, on réveille des douleurs insurmontables.

Le gonflement, la douleur et l'immobilité de la langue engendrent divers troubles dans la mastication, la déglutition, la phonation, la respiration.

Au début, la *mastication* est gênée par le manque de souplesse de la langue. D'ailleurs le malade ne songe pas à manger, mais il

est tourmenté par une soif intense et « chaque gorgée laborieusement avalée est une source de souffrance. Cette soif est un des plus pénibles symptômes » (Morestin).

La *déglutition* est en effet rendue très douloureuse et presque impossible par les mêmes causes qui empêchent la mastication. Aussi la salive, plus abondante que normalement, est-elle difficilement déglutie et s'écoule-t-elle parfois par la bouche entr'ouverte.

La *phonation*, d'abord pénible au début, devient presque impossible. La parole se réduit parfois à un grognement, car la raideur de la langue, son immobilité, son volume, l'empêchent de remplir son rôle dans l'articulation des sons.

La *respiration* est parfois très gênée, soit par infiltration des replis ary-épiglottiques, soit par le fait que la base de la langue faisant saillie anormalement en arrière, renverse l'épiglotte sur l'entrée du larynx.

Avec ces divers troubles, on comprend très bien les difficultés d'examen que l'on rencontre.

La palpation est cependant possible grâce à l'absence générale de trismus (fait très important signalé en particulier par Dunet et Michon), mais, en raison du peu d'espace laissé libre entre la langue et la cavité buccale, on aura beaucoup de peine à insinuer un doigt pour palper la région de la base. Cette exploration doit être pratiquée avec la plus grande douceur, car elle est très douloureuse. Elle permet parfois de faire un diagnostic de localisation en un point où le doigt réveille une douleur plus vive ou décèle un noyau dur ou une infiltration « cartonnée ». La palpation permet de reconnaître l'intégrité absolue du plancher de la bouche, qui, malgré l'œdème voisin, garde toute sa souplesse. Il faut cependant se garder de pousser l'exploration digitale plus loin que vers l'isthme du gosier, car un cas d'œdème glottique consécutif a été signalé.

L'inspection offre aussi de grandes difficultés en raison des violentes douleurs que provoque la pression de l'abaisse-langue. L'adénopathie sous-maxillaire est fréquente, unilatérale ou bilatérale, parfois même assez marquée. La région sus-hyoïdienne est légèrement empâtée, mais non indurée.

c) Formes trainantes. — Ces abcès, que l'on peut appeler aussi abcès à formes pseudo-tumorales, sont extrêmement rares, nous n'en avons, en effet, trouvé que de très rares observations dans la littérature médicale. En raison de la grande fréquence des tumeurs malignes de la langue, le diagnostic de néoplasme, s'il n'était pas absolument sûr, a chaque fois été posé par les chirurgiens traitant ces malades.

Ce qui caractérise en effet cliniquement cette forme d'abcès de la langue, c'est le passage à la chronicité. Dans les trois observations citées, il s'agit d'hommes de 40 ans environ, sans antécédents pathologiques notoires, qui présentent depuis plusieurs mois une gêne progressivement douloureuse à la déglutition, calmée par aucun traitement, ainsi qu'une grave atteinte de l'état général (amaigrissement d'une dizaine de kilos pour chacun). Fait très important, ces malades ne présentent pas de fièvre.

L'examen local montre un blocage complet de la langue, qui est figée en immobilité absolue. Dans le cas cité par Worms et Bercher, les trois organes langue, plancher buccal, région sous-maxillaire, sont figés en un seul bloc. La palpation très douloureuse fait sentir une induration profonde, une « tumeur » très dure du volume d'une noix siégeant latéralement en plein parenchyme, le plancher adjacent douloureux à la pression est lui aussi induré. La moitié opposée garde sa souplesse et sa forme normale. Dans le cas signalé par Kendirjy et Lapouge, la langue est déviée du même côté que la « tumeur », présentant ainsi le signe de l'« amarre » de Sébileau, retrouvé généralement dans les néoplasies malignes. La phonation, la mastication, la déglutition, entraînent des paroxysmes douloureux. Il n'y a pas de trouble de la respiration. En même temps, ces malades présentent une adénopathie sous-maxillaire discrète, peu douloureuse à la pression.

Comment ne pas penser, en présence d'un pareil tableau, à un néoplasme ? On conçoit très bien que le passage à la chronicité de telles suppurations ait pu en imposer de prime abord pour une lésion sévère.

DIAGNOSTIC

L'abcès de la langue étant une affection extrêmement rare, on est très étonné de se trouver en présence d'une suppuration de cet organe. A la période de début, en présence d'une tumeur douloureuse de la langue, le praticien de toute évidence n'y songera pas. Le diagnostic, facile pour les abcès de la pointe, sera plus délicat dans les formes profondes, et presque impossible dans les formes pseudo-tumorales.

I. — *Diagnostic positif.*

Celui des abcès de la pointe n'offre guère de difficultés. Ils sont faciles à voir et à palper. Les antécédents traumatiques aidant, il se base sur les signes habituels de la suppuration : douleur, tumeur et fluctuation. Une ponction exploratrice donnera facilement issue au pus.

Le diagnostic des abcès de la base offre plus de difficultés. Les signes les plus importants sur lesquels devra s'étayer le diagnostic sont les suivants : signes fonctionnels intenses, douleur violente, dysphagie, dysphonie, absence de trismus, perte de la protusion de la langue ; signes généraux importants, fièvre, insomnie. Objectivement : tuméfaction diffuse, noyau dur où la douleur est plus vive. Ces signes locaux seront recherchés par l'inspection et la palpation, on pourra ensuite s'assurer de la présence de l'abcès par une ponction exploratrice. On recherchera toujours les lésions de voisinage.

Quant au diagnostic des abcès de la base à forme pseudo-tumorale, il est pratiquement impossible.

Dans le cas signalé par Gaillard, il fallut une troisième ponction exploratrice pour retirer le pus malodorant caractéristique d'un abcès lingual.

Dans le cas de Worms et Bercher, le diagnostic porté par les chirurgiens consultants avait été « d'épithélioma interstitiel à forme infiltrante, ou de tumeur inflammatoire », et seule l'évolution favorable de la « tumeur » qui survint en trois jours montrait bien qu'il s'agissait d'une affection purement inflammatoire de la langue et du plancher de la bouche.

Dans le cas de Kendirjy et Lapouge, un début brusque, suivi d'une amélioration passagère, fit d'abord penser à une tumeur inflammatoire. Les chirurgiens consultants se décidèrent alors à une intervention par voie externe, qui, bien que n'amenant pas la découverte d'une poche purulente, soulagea quelques jours le malade. L'évolution vers la chronicité par la persistance de la douleur et d'un noyau cartilagineux remit en doute le diagnostic primitivement posé, si bien que, les réactions sérologiques éliminant la possibilité d'une glossite tertiaire syphilitique, douze ponctions exploratrices suivies de deux ponctions au galvanocautère ne ramenant pas dans cette zone limitée la moindre trace de pus, le diagnostic finalement posé fut celui de néoplasme.

Seule, en fin de compte, comme dans l'observation précédente, l'évolution favorable permit à Kendirjy et Lapouge de poser le diagnostic d'hémiglossite ligneuse, affection que nous n'avons pas retrouvée dans la littérature médicale, et qui définit bien l'aspect clinique de cette variété d'inflammation profonde de la langue, sans formation de poche purulente.

II. — *Diagnostic différentiel.*

Certaines lésions peuvent prêter confusion avec les abcès de la pointe, telles que kyste, lésions mycosiques et tuberculeuses infectées secondairement. Un examen microscopique du pus prélevé par ponction ou par incision, une biopsie, trancheront le diagnostic.

Dans les formes de la base, il est maintes affections qui peuvent débuter avec le même cortège de signes fonctionnels sans qu'il y ait pour cela suppuration de l'organe.

Le *phlegmon du plancher buccal*, dont le pronostic est si sévère, peut prêter confusion avec l'abcès de la langue, mais les signes locaux et généraux sont assez différents. Il donne le bourrelet ligneux caractéristique, soulève simplement la langue restée souple et non tuméfiée, il cause du trismus presque toujours absent dans le cas d'abcès lingual, de plus il s'accompagne d'un état général très grave.

Le *phlegmon de la loge thyro-glosso-épiglottique* débute rapidement par une douleur de la base de la langue irradiée aux oreilles, de la gêne de la déglutition et de la phonation. Le malade tend à renverser la tête en arrière. Il y a un œdème du plancher de la bouche en fer à cheval. L'examen laryngoscopique est possible puisque la langue n'obstrue pas par son volume l'isthme du gosier. L'examen montre le sillon glosso-épiglottique comblé d'un côté ou des deux, enflammé, l'épiglotte plus ou moins basculée en arrière. Cependant, la langue, bien que présentant un peu d'œdème, est mobile, peu douloureuse. Sa protusion est possible, et ce signe élimine une affection de la langue.

Les *abcès prélaryngés* qui se caractérisent par une infiltration suppurée de l'épiglotte, montrent à l'examen laryngoscopique une épiglotte rouge, enflammée. Il y a de vives douleurs dans la région hyoïdienne et les troubles ordinaires de la déglutition et de la phonation. Cependant, la protusion de l'organe reste possible.

L'*abcès de l'amygdale linguale* se caractérise par la suppuration de l'amygdale linguale, sans que la langue participe à la suppuration. Le signe de protusion aide encore au diagnostic qui est confirmé par l'examen laryngoscopique.

Les calculs du canal de Wharton causent une gêne de la déglutition et de la phonation ; au moment des coliques salivaires, la langue peut enfler passagèrement et être le siège d'irradiations douloureuses. Ces phénomènes sont plus intenses si un degré d'infection est surajouté, mais un examen attentif permettra de les

différencier facilement des abcès de la langue, par la détermination de leur siège d'abord, puis par la palpation et au besoin le cathétérisme du canal.

Les *kystes hydatiques* de la langue, également très rares, évoluent sans douleur, ni réaction. En les ponctionnant, on retire du liquide limpide comme de l'eau de roche caractéristique. Ces kystes peuvent cependant s'infecter et suppurer, formant alors un véritable abcès.

Le *lipome* ne sera pas confondu avec l'abcès, il produit une augmentation de volume, et sa consistance molle pourrait être prise pour de la fluctuation, mais tous les autres signes font défaut, son évolution très lente ne s'accompagne d'aucun phénomène inflammatoire.

Les *abcès froids* de la langue évoluent lentement chez les tuberculeux avancés. Mais ils ne sont pas douloureux, ils s'ouvrent et laissent écouler un liquide caractéristique tout différent du pus franc, bien lié, souvent fétide, que contiennent les abcès chauds. Cas du Docteur Venot (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, p. 369, 10 juillet 1914).

Les *mycoses* de la langue sont aussi extrêmement rares. Elles peuvent rendre le diagnostic différentiel difficile ; cependant leur évolution est moins aiguë que celle de l'abcès, et l'examen microscopique du pus recueilli par ponction exploratrice les fera diagnostiquer.

Dans le cas des *gommes syphilitiques*, on trouve en général plusieurs nodosités disséminées, superficielles, évoluant lentement sans aucun trouble fonctionnel et sans douleur. Elles ne pourraient prêter à confusion qu'à la phase de ramollissement où elles suppurent et causent une légère douleur, mais leur longue évolution, parfois les antécédents du malade et leur disparition par le traitement spécifique les feront reconnaître.

Certaines *affections à début aigu* peuvent simuler l'abcès de la langue. Labroue et Laveran, dans les *Annales de médecine et de pharmacie militaire* (1885), ont signalé, en plus de la classique angine de début du rhumatisme articulaire aigu, une hypertrophie de toute la langue avec troubles de la phonation et de la déglu-

tition. Signalons, d'autre part, quelques observations d'érysipèle à début lingual. L'érysipèle avait fait penser par la température, son début brusque, l'œdème considérable de la muqueuse et l'hypertrophie consécutive de l'organe, à une affection suppurée de la profondeur, mais il abandonna la langue au deuxième jour pour gagner rapidement les téguments. Il n'est pas jusqu'à certaines maladies, comme l'œdème de Quincke ou l'urticaire, et une hémorragie de l'artère linguale chez un hémophile, qui aient pu en imposer pour une suppuration de la langue.

III. — *Diagnostic de localisation.*

Ce diagnostic n'est possible que quand l'abcès est nettement collecté, c'est-à-dire plusieurs jours après le début de l'inflammation. Il est facile, par exemple, lorsque l'abcès est localisé à la portion antérieure de l'organe. Son siège sera alors décelé par la tuméfaction, la couleur rouge vif de la muqueuse à son niveau, et la douleur que réveille la pression en ce point.

Il est beaucoup plus délicat de préciser le siège d'un abcès de la base. La palpation, souvent difficile, pourra faire sentir en un point plus douloureux un changement de consistance, noyau dur, ou, exceptionnellement, de la fluctuation, qui contrasteront avec la fermeté élastique du tissu environnant gonflé d'œdème.

Dans les cas délicats, la ponction exploratrice sera très utile et rendra le diagnostic certain et précis.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Actuellement, l'ouverture précoce des abcès a complètement changé l'évolution et le pronostic des abcès de la langue.

Les abcès situés dans les plans supérieurs de la langue vont évoluer vers la muqueuse et s'ouvrir spontanément. Les abcès de la base ont eux aussi tendance à se faire jour à la surface, mais beaucoup plus tardivement.

Dans quelques cas, le pus peut venir fuser le long de la veine des vaisseaux linguaux et provoquer l'apparition d'un phlegmon cervical (Brunck). D'autre fois, la suppuration se complique de gangrène : au moment de la chute des escarres apparaissent des hémorragies qui ont pu être mortelles lorsqu'elles intéressaient l'artère linguale (Caulier).

Enfin, certains abcès profonds restent enkystés, ils sont voués à la résorption lente après disparition progressive de tous les phénomènes aigus, généraux ou locaux. La lecture d'observations de glossites soi-disant non suppurées, et montrant dans les suites éloignées la persistance de noyaux indurés et douloureux, nous laisse l'impression qu'il s'agissait vraisemblablement dans ces cas de glossites suppurées méconnues.

Bien traités, le pronostic vital ou fonctionnel des abcès de la langue est très bon. Les cas suivis de mort ne sont pas imputables à l'abcès proprement dit, mais bien à l'affection générale dont étaient aussi atteints les malades. On ne retrouve dans la littérature médicale que quatre cas mortels :

— Rupture de l'artère linguale (Caulier) ;
— Fièvre puerpérale compliquée de métastases multiples (Sabrazès et Bousquet) ;
— Néphrite aiguë (Goodale) ;
— Scarlatine (Vidal).

Ces maladies comportaient en elles-mêmes un pronostic très mauvais, et l'apparition d'une réaction suppurée de la langue témoignait, comme toute métastase viscérale, de la gravité de l'affection. Nous conclurons donc en disant que l'affection apparaît avant tout, malgré ses symptômes parfois dramatiques, comme essentiellement bénigne.

TRAITEMENT

I. — *Traitement chirurgical.*

Quand le diagnostic d'abcès de la langue est fermement posé, l'intervention chirurgicale s'impose. Il faut évacuer la collection le plus rapidement possible. Nous avons vu en effet que cette évacuation soulage instantanément les malades et ne tarde pas à être suivie de la guérison complète ; elle a, de plus, l'avantage d'empêcher les complications auxquelles exposerait une expectative inutile et très pénible pour le malade.

Cependant, lorsqu'on est consulté alors que l'abcès n'est pas encore bien formé, et que sa localisation laisse des doutes, on peut se permettre d'attendre un jour pour intervenir à coup sûr sur un abcès nettement collecté. Pendant cette attente, on se bornera à instituer une thérapeutique symptomatique destinée à désinfecter la bouche et à calmer la douleur : gargarismes, grands lavages de bouche au bock collutoire.

Deux voies ont été préconisées : la voie cervicale et la voie buccale.

La voie cervicale a été recommandée par Kilian : pour aborder les abcès latéraux, on pratique l'incision de la ligature de l'artère linguale, on effondre l'hyo-glosse après avoir lié l'artère linguale. D'autres auteurs préfèrent l'incision médiane sus-hyoïdienne. On dissocie ensuite le plancher jusqu'à la collection purulente. Cette méthode semble théoriquement la meilleure, car elle a l'avantage d'aborder plus directement les abcès profondément situés, elle les ouvre au point déclive et permet un drainage impossible à réaliser par la voie buccale. Elle a cependant de graves désa-

vantages ; elle laisse une cicatrice disgracieuse, et si elle permet un drainage déclive, cet avantage est contre-balancé par la longueur du trajet. Enfin, le pus particulièrement septique des abcès linguaux ne risquerait-il pas d'infecter les espaces celluleux si abondants de cette région du cou ?

Cette méthode ne semble avoir comme indication que les cas de gros abcès profonds de la base, avec un énorme gonflement de la langue remplissant toute la cavité buccale, à travers laquelle il est impossible de faire passer un bistouri.

Autrement simple est la voie buccale, elle a l'avantage de ne nécessiter qu'une instrumentation très minime, un ouvre-bouche, un bistouri, une pince de Kocher, de ne pas nécessiter une anesthésie générale, qui est parfois contre-indiquée à cause des risques de spasmes laryngés et d'asphyxie. Cette méthode permet à tout médecin de traiter efficacement une collection suppurée de la langue.

1° Abcès de la pointe. — Après avoir placé l'ouvre-bouche, un badigeonnage à la liqueur de Bonnin suffira pour anesthésier la muqueuse. Une boutonnière au bistouri sur la muqueuse, longue de 2 centimètres, suffit pour introduire une pince de Kocher, qui effondre la coque de l'abcès et qui, retirée ouverte, en assure la bonne évacuation. Une petite mèche empêchera pendant quarante-huit heures les lèvres de la plaie de se refermer. Le drainage se fait seul. Les mouvements de la langue et la contraction des muscles suffisent pour exprimer le contenu de la cavité purulente. Le lendemain de l'intervention, on procède à un petit curettage de la cavité, et on ordonne des bains de bouche à l'eau oxygénée pendant quatre ou cinq jours pour hâter la cicatrisation. La guérison parfaite est de règle.

2° Abcès de la base. — Les accidents locaux et généraux étant plus graves, il faut se hâter d'intervenir.

Après avoir repéré par une ponction exploratrice la localisation exacte de la collection, on procède à l'ouverture de l'abcès. Si la collection est médiane (phlegmons médiolinguaux de Téde-

nat), on attire la langue au dehors des arcades dentaires dans la mesure où cette protusion forcée est possible, et on fait une incision médiane de 2 à 4 centimètres au maximum ; on glissera ensuite une pince de Kocher ou de Lubet-Barbon, qu'on retirera ouverte afin d'empêcher les tissus en revenant sur eux-mêmes de fermer rapidement le trajet.

Si la collection est latérale, on fera une incision non pas sur la partie latérale, mais franchement sur le bord de la langue, à égale distance des faces supérieure et inférieure, à la hauteur de la dernière grosse molaire. On procédera ensuite comme précédemment.

Le drainage se fait seul par la contraction des muscles de la langue. Dès que le pus s'est écoulé, le malade se sent immédiatement soulagé. On maintient ensuite les lèvres entr'ouvertes par une mèche de gaze. Les lavages de bouche à l'eau oxygénée amènent ensuite une prompte cicatrisation.

II. — *Traitement médical des abcès de la langue.*

La sérothérapie et la vaccinothérapie semblent avoir donné de bons résultats dans le traitement des abcès de la langue.

Si on se trouve en face de cas traînants ou à septicité particulière, la sérothérapie antigangréneuse est à recommander. Dunet (de Lyon) l'a employée récemment avec succès, et la préconise quand, à l'intervention, on perçoit une odeur sphacélique.

Chez une femme qui se refusait à l'intervention chirurgicale, le Docteur Sudaka (Alger) obtint, par deux injections successives de propidon, l'évacuation spontanée de deux cuillerées à soupe d'un pus fétide par une fistule du sillon épiglottique.

D'autre part, une observation très curieuse du Professeur Halphen (Paris) montre le parti que l'on peut tirer de la vaccinothérapie par le bactériophage. Une injection de bacté-staphyphage dans la région enflammée et une sous-cutanée amenèrent le lendemain une grosse amélioration dans un cas d'abcès de la langue à forme suraiguë, et une guérison complète le troisième jour.

Comme on rencontre dans la majeure partie des cas des asso-

ciations microbiennes, on conçoit donc que cette thérapeutique devra s'adresser de préférence aux stock-vaccins.

Ces différentes méthodes, bien qu'elles n'aient pas encore été employées systématiquement, semblent donner de bons résultats. Cependant quelques réserves sont à faire, il nous semble que la vaccinothérapie ne doive pas s'adresser à toutes les formes d'abcès de la langue. Seules, les formes aiguës de la base, dans lesquelles la suppuration est encore à la phase phlegmoneuse, nous paraissent justiciables d'une telle thérapeutique ; lorsque le pus est nettement collecté, l'acte chirurgical s'impose avant tout.

OBSERVATIONS

I. — *Abcès de la pointe.*

Observation I.

(Clavel et Planchu, Communication à la Société nationale de médecine et des sciences médicales, Lyon, 14 août 1932.)

Homme de 59 ans, cultivateur, dans les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels duquel il n'y a rien à signaler. Robuste malgré son âge, il travaille encore la terre.

Le malade a l'habitude de mâchonner du tabac à priser, qui contient, comme il le précise, des particules dures et piquantes. Il se rappelle s'être piqué la langue quelques jours avant de venir à l'Hôtel-Dieu. Et, le 5 mai 1932, on doit l'amener d'urgence, parce que, depuis deux jours, ont apparu des douleurs linguales très violentes, en même temps que sa langue gonflait et augmentait de volume.

Examen. — Le malade se présente avec une langue énorme, occupant presque toute la cavité buccale, plus hypertrophiée et plus douloureuse à gauche. La partie droite, également tuméfiée, est plus molle et moins douloureuse. Sur tout le pourtour de l'organe, on remarque les empreintes des dents. La palpation montre une langue dure, non fluctuante. Le plancher de la bouche et la face interne des joues sont normaux. Les dents sont mauvaises : il en manque quelques-unes et les autres sont cariées.

Pas de ganglions sous-maxillaires ni carotidiens.

Il n'y a ni trismus, ni dyspnée, mais la parole est très difficile et la déglutition impossible.

L'état général est assez touché : température à 38°5, pouls rapide ;

pas d'albuminurie ni de sucre dans les urines. On intervient d'urgence sans anesthésie.

Incision latérale de 2 centimètres de long sur le bord gauche de la langue, puis dilacération avec une pince de Kocher. On ouvre une cavité contenant environ 5 cm³ d'un pus fétide, dont l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

Le malade est vite soulagé, il peut manger le lendemain. La température tombe en deux jours à 37°. L'état général s'améliore, le facies et le teint redeviennent normaux. L'examen de la région est toujours négatif. Il n'y a notamment pas de cancer caché.

Observation II.

(Dunet, Lyon, *Revue de chirurgie*, 1923.)

Femme de 56 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 novembre 1921, pour une petite grosseur du bord marginal gauche de la langue, à 5 centimètres environ de la pointe, de la grosseur d'une petite noisette, et apparue depuis trois semaines environ.

Dans les premiers jours, la petite tumeur a augmenté lentement de volume, puis s'est mise à croître très rapidement dans les jours précédant l'entrée à l'hôpital.

A l'entrée, elle présente les signes suivants : elle est arrondie, superficielle et nettement fluctuante, sans aucune trace d'induration périphérique ; pas de ganglions, pas de température, aucun signe fonctionnel.

L'interrogatoire ne révèle aucune notion étiologique digne d'intérêt ; ni piqûre, ni ulcération par dent cariée, ni infection buccale.

On fait le diagnostic d'abcès ; une ponction avec une petite aiguille ramène du pus.

Anesthésie locale par infiltration à l'allocaïne.

Une incision de 2 centimètres évacue 5 cm³ de pus jaunâtre, assez bien lié. A l'aide d'une petite curette, on retire quelques fongosités, qui seront examinées histologiquement.

La guérison s'obtient en huit jours de la façon la plus banale, sans suppuration. L'examen du pus par étalement a montré la

présence de très nombreux polynucléaires déformés et de nombreux cocci.

Examen histologique. — Les débris ramenés par la curette, et qui représentent les parois de l'abcès, sont constitués par du tissu connectif lâche infiltré de cellules inflammatoires polynucléaires, en état de chromatolyse. La présence de quelques cellules multinuclées isolées ne doit pas faire songer à la possibilité d'un processus tuberculeux, ces cellules ayant plutôt le type macrophagique.

Observation III.

(Pavlos Petridis, *Bulletin et Mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, p. 540, 1923.)

Jean P..., 38 ans.

Le premier symptôme qu'il ait ressenti est une gêne de la déglutition, qui s'est manifestée il y a vingt-deux jours.

Pendant les trois jours qui avaient précédé, il avait mangé à chaque repas des sardines. Il localisait cette sensation de gêne à la moitié postérieure de la face dorsale de la langue, vers sa base. Ce phénomène a duré huit jours sans fièvre. On pourrait considérer cette période comme la première phase de la maladie. La deuxième phase a duré onze jours, pendant lesquels le malade a de la dysphagie et ne peut plus prendre d'alimentation solide ; en même temps, il présentait une salivation abondante et un certain degré de dyspnée et d'anxiété.

A l'entrée : température, 38 degrés ; pouls, 90.

Examen. — La langue est sensiblement augmentée de volume. Cette augmentation est nettement visible au milieu et à la moitié de ses bords. Elle est dure au toucher et très douloureuse à la palpation. Tout mouvement est douloureux, et voilà pourquoi le malade la tient immobile. La parole est impossible, le malade est obligé d'écrire ce qu'il veut exprimer.

En même temps, dysphagie accusée ; il présente de la dyspnée et de l'anxiété.

La région sous-maxillaire droite est un peu tuméfiée, mais indolore.

Au milieu ou plutôt à la moitié postérieure de la face dorsale de la langue, on peut sentir l'emplacement de l'abcès.

Opération immédiate. Incision longitudinale à peu près au milieu de la face dorsale de la langue, sur l'abcès.

Issue de peu de pus, de couleur jaune noirâtre, comme s'il était hémorragique, et de très mauvaise odeur.

L'odeur ressemble à celle des collections périentériques (abcès appendiculaires, par exemple). Agrandissement du fond de l'abcès au doigt et nettoyage de la cavité.

Suites opératoires simples. Le même jour, l'amélioration est manifeste, quoique la fièvre persiste.

A partir du troisième jour, le malade peut parler, la plaie suppure peu.

Sortie en très bon état le sixième jour.

Le malade est revu dix ans après son opération : la langue est parfaitement normale et la cicatrice n'est plus visible.

Cet abcès doit être probablement attribué à quelque arête de sardine.

Observation IV.

(Yver, *Archives de médecine navale*, p. 111, 1926.)

Matelot, 17 ans. En mâchonnant un épi de graminée, avale une barbe par inadvertance. Tuméfaction douloureuse de la langue.

A l'hôpital, six jours après, on constate : tuméfaction de la partie moyenne gauche de la langue, douloureuse à la pression. Œdème de la région sublinguale à gauche.

Pas d'œdème du vestibule laryngé, replis aryténo-épiglottiques normaux. Dysphonie. Température, 38 degrés. Bon état général. Gargarismes.

Le 23 mai, première ponction au galvanocautère, à l'union de la partie horizontale et verticale de la langue. Rien. Plus en avant et au milieu, issue d'une cuillerée à café de pus chocolat, où on trouve la barbe d'épi. Staphylocoques à l'examen direct.

Le 29 mai, reprise du service.

Observation V.

(Viguier, cité par Yver.)

A l'issue d'une érosion de la langue par une dent cariée, formation en vingt-quatre heures d'une tuméfaction de la langue, limitée à la moitié gauche. Température, 38°3.

Ponction au galvanocautère. Issue de pus noirâtre et épais. Lavage à l'eau oxygénée. Guérison au quatrième jour.

Observation VI

(Docteur Sudaka, *Algérie Médicale*, 1927.)

Mme D. A..., 53 ans, nous consulte, le 28 août 1926, pour une tuméfaction douloureuse de la face dorsale de la langue qui évolue de façon torpide depuis une semaine environ. L'état général n'est nullement altéré. La mobilité de la langue est parfaite. Dans sa moitié droite, à 3 centimètres de la pointe, on perçoit un nodule infiltré, mais assez nettement isolable du reste de l'organe, du volume d'une grosse noisette. Il ne semble pas y avoir de pus collecté. On hésite entre le diagnostic de fibrome et celui de glossite suppurée.

Le 31 août, la collection semble poindre à la région sublinguale et surélève la muqueuse. On note une otalgie homolatérale assez vive.

Anesthésie en boutonnière de la muqueuse de la région sublinguale ; ponction à l'aiguille, qui ramène 1/2 cm³ de pus. Incision de 1 centimètre, drainage à la mèche au peroxyde de zinc. Suites opératoires excellentes. Néanmoins, durant un mois environ, persistèrent une induration et une rétraction de la face dorsale de la langue, ne compromettant d'ailleurs pas la motilité de l'organe.

Observation VII.

(Morestin, *Société anatomique de Paris*, 1911, p. 123.)

Il s'agit d'un homme de 53 ans, G. A..., bonnetier, qui jusque-là avait joui d'une santé excellente, n'ayant eu d'autre maladie que du rhumatisme articulaire.

Dans la nuit du 5 au 6 mars dernier, cet homme fut réveillé par de vives douleurs occupant la langue, la partie supérieure du cou, et s'irradiant même du côté de l'épaule gauche. La langue augmenta rapidement de volume, et cette tuméfaction s'accompagna d'une grande gêne de la déglutition et de l'élocution. Le lendemain, ces symptômes parurent plus accusés encore. Aucune modification favorable ne se produisit les jours suivants.

Le 11 mars, Gaëtan A... se présenta dans mon service. Il n'avait pas de fièvre, mais le visage était terreux et fatigué. L'élocution était devenue extrêmement pénible ; le malade pouvait prononcer néanmoins quelques paroles intelligibles. Les mouvements de déglutition étaient assez douloureux. Cependant, le sujet avalait sa salive et s'alimentait, quoique difficilement, avec des liquides. Il n'y avait pas de gonflement des régions sous-maxillaires, la palpation n'y décelait, non plus que dans les régions carotidiennes, aucune adénopathie.

En faisant ouvrir la bouche, on apercevait une masse rouge formée par la langue tuméfiée et qui semblait représenter la totalité de la partie libre de l'organe. Regardant de plus près, on distinguait la moitié droite de la langue repoussée en bas et à droite, aplatie, effacée, mais souple, saine, parfaitement intacte. La masse qui remplissait tout l'espace circonscrit par les arcades dentaires appartenait à la seule moitié gauche. Cette masse, arrondie, un peu aplatie de haut en bas, tendue, rigide, lisse et d'un rouge violacé, simulait un gland en érection. Le contact des dents, en assez mauvais état d'ailleurs, avait déterminé au pourtour de l'organe enflammé quelques ulcérations très superficielles.

La pression, partout douloureuse, l'était d'autant plus qu'elle était exercée plus près du bord gauche. Nulle part on ne percevait de fluctuation.

Le diagnostic ne pouvait être douteux. Il s'agissait d'une hémiglossite aiguë, probablement suppurée. En conséquence, je décidai d'intervenir immédiatement.

Je pratiquai d'abord sur la partie la plus saillante une profonde incision longitudinale, qui ne donna issue qu'à du sang, puis, plus près du bord gauche, une autre incision parallèle à la précédente,

qui ouvrit une collection séparée de la muqueuse par une certaine épaisseur de fibres musculaires. L'abcès contenait environ une cuillerée à café de pus fétide. Je laissai dans chacune des plaies linguales une petite mèche iodoformée, tant pour empêcher leur réunion trop prompte que pour prévenir toute hémorragie. Ces mèches, changées le lendemain, furent supprimées le surlendemain. Les suites furent en effet excessivement simples. Le soulagement a été immédiat et la guérison a été très promptement obtenue, car aujourd'hui elle est déjà à peu près complète. La langue a repris son volume normal et toute sa mobilité. Le malade ne souffre aucunement, il parle facilement et peut très bien s'alimenter, même avec des solides. Les deux plaies linguales se sont réduites avec une extrême rapidité, et peu s'en faut qu'elles ne soient entièrement cicatrisées.

Deux petits fragments avaient été prélevés au cours de l'intervention : d'une part, sur le bord de l'incision qui n'avait pas rencontré de collection ; d'autre part, sur la paroi de l'abcès. En outre, du pus avait été recueilli dans la cavité même avec une pipette.

Dans ce pus, ensemencé sur divers milieux, on n'a pu mettre en évidence ni staphylocoques, ni streptocoques, ni pneumocoques. On a trouvé, par contre, un bacille anaérobie et des spirilles.

Quant aux fragments de tissus, ils montrent tous les stades de l'inflammation. Sur le fragment prélevé à distance de l'abcès, on voit les faisceaux musculaires dissociés par une énorme infiltration de leucocytes. On en distingue même des amas dans l'épaisseur de la muqueuse et même dans l'épaisseur de l'épithélium. Les lésions vont s'accentuant jusqu'au foyer, où l'on voit les fibres musculaires en voie de complète désagrégation.

Observation VIII.

(Docteur Michon, *Lyon médical*, janv. 1926.)

M. M..., 35 ans. Ayant été pris de vertige après un repas, tombe, et dans sa chute se mord la langue. Aucun phénomène anormal pendant quarante-huit heures. C'est le troisième jour que la langue se met à enfler et à devenir douloureuse. En même temps, la dégluti-

tion et la parole sont gênées. Le quatrième jour, ces symptômes s'accentuent et la température monte à 39 degrés.

Le cinquième jour, état fébrile assez marqué, peau chaude, pouls rapide, sueurs. Il souffre de la langue, à droite surtout.

L'élocution est très gênée, la déglutition pénible et la salivation exagérée.

L'examen montre la langue tuméfiée, immobile, figée dans sa moitié droite, sans mouvements fibrillaires. On constate une tuméfaction arrondie, du volume d'une cerise, localisée à la partie moyenne droite ; la pointe est libre, la base l'est également.

Aucune plaie n'est visible.

La tuméfaction est dure, douloureuse au palper.

La fluctuation est nette.

La dentition est mal entretenue : quelques ulcérations muqueuses, abondants dépôts de tartre.

Il n'existe absolument pas de trismus.

Pas d'adénopathie. On décide l'incision de l'abcès pour le lendemain.

Dans la nuit, l'ouverture se fait, et il s'écoule du pus franc. Le lendemain, malgré une ponction négative faite dans la poche, on juge prudent, après anesthésie locale, d'inciser la langue en deux points, sur les faces supérieure et inférieure. L'expression fait sourdre quelques débris purulents. On passe en séton un gros fil de soie noué en anse, qu'on laisse quarante-huit heures.

II. — *Abcès de la base.*

A. — **Formes malignes.**

Observation IX.

(J. L. Goodale, *Annals of Gynecology and Pediatry*, 1899.)

Un homme de 22 ans fut pris, au cours d'une néphrite aiguë, de douleurs dans la région amygdalienne droite, suivies, au bout de quelques heures, de gonflement de la langue, qui augmente rapidement jusqu'à faire issue de la bouche, le menaçant d'asphyxie.

On fit une opération pour remédier à cet état alarmant, mais sans succès.

A l'autopsie, on enleva la langue, qui présentait les particularités suivantes : Les portions inférieures des muscles de la langue étaient gris jaunâtres, noirâtres par place, les muscles sublingaux attachés à l'os hyoïde étaient aussi grisâtres et noirâtres, parsemés de stries rouges. En un point, près de la limite inférieure de la langue, il existait une surface de 1 centimètre de diamètre, dans laquelle le muscle était de coloration rougeâtre. Il n'y avait pas de pus.

L'examen au microscope des tissus de la base de la langue fit voir de nombreux microcoques, souvent par couples, et de nombreux leucocytes polynucléaires. On fit la culture sur sérum avec les tissus nécrosés de la base de la langue. Elles donnèrent de très nombreuses colonies de cocci en chaînettes, de streptocoques dorés et très peu de colonies de staphylocoques dorés. Le sang du cœur donna naissance à des colonies de streptocoques pyogènes.

Observation X. (Résumés.)

(J. L. Goodale.)

Dans un second cas une infection streptococcique de la langue fut consécutive à une fracture du temporal. Il y eut aussi en même temps une otite moyenne aiguë et une parotidite suppurée. Le malade mourut d'infection généralisée.

A l'autopsie des muscles de la langue, on trouva sur une petite surface des stries jaunes foncées, dont les cultures montrèrent de nombreuses colonies de streptocoques et de staphylocoques.

Observation XI.

(Vidal, *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie*, Paris, p. 260.)

Glossite gangréneuse suite de scarlatine.

Il s'agit d'un petit garçon de 2 ans 1/2, affecté de scarlatine depuis dix jours. Depuis trois jours, coryza, angine, avec engorgement ganglionnaire.

Le lendemain de son entrée, coryza couenneux, fausses membranes dans la narine droite. Toute l'arrière-gorge est couverte de fausses membranes. On sent une odeur fétide, la voix est altérée, la toux rauque. Engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires des deux côtés.

Le troisième jour, odeur gangréneuse insupportable, prostration extrême, dysphagie prononcée, mort dans la nuit.

Autopsie. — Gangrène du pharynx, de la base de la langue, de la luette, de l'amygdale gauche et de la partie antérieure de l'épiglotte. Points noirâtres gangréneux en arrière de la fosse nasale droite et sur les cornets inférieurs.

B. — **Formes aiguës.**

Observation XII.

(Docteur Sudaka.)

G. M..., cultivateur, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital, le 21 août 1926, pour douleurs au niveau de la base de la langue et odynophagie à peu près absolue.

Le malade, qui présente un système dentaire où se mêlent les lésions les plus variées, a subi, six mois auparavant, une intervention pour angine de Ludwig. Malgré les conseils de son médecin, il a négligé de se faire soigner les dents. Depuis six jours, est apparue une odynophagie progressive, en même temps que les douleurs lancinantes empêchent tout repos. La fièvre s'allume et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen, il n'existe pas de trismus, le plancher est normal. La langue, dans sa moitié antérieure, est libre, mais spontanément ne peut être mobilisée hors des arcades dentaires. Les tentatives de tractions sont infiniment douloureuses, de même que la pression de l'abaisse-langue. L'examen laryngoscopique est toutefois possible, le larynx est normal. Par contre, la base de la langue apparaît légèrement œdématiée et le sillon glosso-épiglottique infiltré.

Le toucher n'apporte aucun élément nouveau. Les régions sous-angulo-maxillaires sont le siège d'une adénopathie douloureuse.

On décide d'intervenir. On pratique, sous anesthésie locale, une incision de 2 centimètres, verticale, dont la limite inférieure correspond au bord supérieur de l'os hyoïde. A 3 centimètres de profondeur, on découvre une collection fétide d'environ 30 cm^3 de pus bien lié. Mise en place d'un drain. Suites opératoires excellentes. Le drain est levé au quatrième jour et la cicatrisation est complète au vingtième jour.

Observation XIII.

(Publiée par MM. Dunet, Barbier et Pouzet, *Lyon médical*, 1927.)

Un homme, âgé de 60 ans, étant auparavant en bonne santé, a présenté des accidents douloureux pharyngiens, pour lesquels son médecin le soigna, pensant à une angine banale. Au bout de quinze jours, au lieu de se calmer, les accidents douloureux devinrent plus intenses, en même temps que la langue augmentait de volume vers la base, rendant ses mouvements de plus en plus difficiles et sensibles, empêchant toute mastication. La progression des symptômes obligea le malade à entrer à l'hôpital, où il fut admis dans le service du Professeur Bérard, sept jours après le début des accidents linguaux. Ce malade se présentait comme un individu infecté, à teint terreux, avec un facies angoissé, la salive s'écoulait par ses lèvres. La température était de 39°5.

N'ayant pas de trismus, le sujet, en ouvrant la bouche, montrait une langue dont la base, très tuméfiée, était volumineuse, presque plaquée contre le palais et immobilisée au point de rendre la déglutition de la salive presque impossible ; la respiration était très gênée et la parole réduite à un grognement. Le plancher de la bouche n'était pas spécialement dur, quoique œdémateux ; on ne perçoit pas de ganglions. Le palper de la langue laisse sentir à sa partie postérieure une tuméfaction très sensible, à gauche, presque médiane, dure, sans la moindre fluctuation.

Il n'y a cependant pas de doutes sur l'existence d'un abcès pro-

fond de la langue. Aussi, sans anesthésie, vu l'état du sujet, après avoir placé un ouvre-bouche, on incise au bistouri la langue sur sa partie la plus saillante, sur 2 centimètres de longueur et de profondeur, et, en dilacérant avec une pince de Kocher, on ouvre un foyer purulent, nauséabond, contenant deux dés de pus grisâtre. Après ces rapides manœuvres peu douloureuses, le sujet est très soulagé, respire mieux, peut se gargariser. On fait de la sérothérapie antigangréneuse. Le soir, le malade parlait un peu, la température passait à 38°5, le lendemain à 38 degrés.

Cinq jours plus tard, il sortait de l'hôpital, et pouvait reprendre son travail treize jours après l'incision. Actuellement, après quatre mois, il va tout à fait bien et sa langue est souple.

Observation XIV.

(Combier et Murard, *Presse médicale*, 1922, p. 798.)

B. L..., 55 ans, entre à la clinique le 4 janvier 1922 pour des troubles de la phonation et de la déglutition. Aucun antécédent à retenir. La maladie actuelle remonte à Noël, au dire du malade. Mais cependant, depuis deux ou trois mois déjà, il se plaignait de la gorge, sans pouvoir préciser. Il avait une légère difficulté à mouvoir la langue et percevait comme un gonflement léger sus-hyoïdien médian. « Il me semblait, dit-il, en me rasant, que cette région était plus bombée. » Mais aucun trouble de l'état général, aucun mouvement fébrile.

Le 26 décembre, le malade reçoit un coup de corne de vache sur la joue gauche. Ce coup de corne ne détermine aucune plaie cutanée, mais fait saigner un peu la gencive supérieure. Le 29, l'arrière-bouche devient douloureuse, la langue est gonflée, le malade ne peut avaler que des liquides, une surdité bilatérale apparaît. Il voit un médecin, qui nous l'adresse. Il arrive le 4 janvier dans l'état suivant :

Homme au teint pâle, avec quelques sueurs froides. La région sus-hyoïdienne est peut-être légèrement soulevée, mais ce symptôme est difficile à apprécier en raison de l'adiposité du malade. Aucun

trismus. Dès que la bouche est ouverte, on remarque l'existence d'un gros bourrelet très marqué, qui vient se couper sur l'arcade dentaire, n'est aucunement dur, mais très mou, et ne ressemble en rien au bourrelet du phlegmon du plancher. La langue est grosse, globuleuse, et fixée sur le plancher. Aucun mouvement ne lui est possible. Examen au miroir impossible en raison du volume de la langue. La palpation de la langue montre que la moitié gauche semble œdématiée et la partie droite pleine et rénitente. La région sus-hyoïdienne médiane donne aux doigts la sensation d'un gonflement profond, assez peu marqué : sur les côtés, adénopathie sous-maxillaire bilatérale un peu douloureuse.

Le malade a de la peine à s'exprimer, la parole n'est qu'un grognement. Impossibilité d'avaler autre chose que des liquides et même des liquides clairs ; le tapioca provoque une petite crise d'étouffement. La salive s'écoule constamment par les lèvres. La nuit, la position couchée provoque des accès dyspnéiques, aussi le malade reste-t-il debout ou assis. Pas de température.

On ponctionne la langue, à l'aide d'une pince hémostatique fermée, au niveau du bord latéral droit, en regard de la dernière molaire, en se dirigeant vers l'épiglotte. Cette ponction donne quelques gouttes de sang, mêlé d'un peu de pus. Mais le malade n'éprouve aucun soulagement réel. Enveloppements humides chauds du cou.

Le 8 janvier, incision médiane sus-hyoïdienne. Dissociation du plancher exactement sur la ligne médiane, au milieu des fibres musculaires normales. A 7 ou 8 centimètres, on rencontre de l'œdème, puis on évacue une collection d'un verre à liqueur de pus très fétide. On laisse un drain.

Suites très simples. Amélioration très rapide. Le 12, l'examen laryngoscopique est possible : replis et fossettes glosso-épiglottiques normaux. Rien au larynx. Aucune lésion visible de l'arrière-gorge.

Le malade repart le 16 janvier guéri, mangeant comme à l'ordinaire, la parole normale, la plaie sus-hyoïdienne en voie de cicatrisation.

Observation XV.

(Bidart Malbran, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Buenos-Ayres*, 7 *nov.* 1928.)

Abcès de la langue.

Malade de 34 ans, syphilitique, bien traité, qui, après un accès de grippe à forme broncho-pulmonaire, sentit une impotence relative de la langue, avec douleur et sensation d'enflure. Vingt-quatre heures après le début, dysphagie et dysphonie absolues. On constate la présence d'une tumeur dure, douloureuse à la pression, qui déviait la partie antérieure du septum du côté opposé. Adénite submaxillaire et salivation abondante.

On fait une ponction exploratrice. Il en sort du pus. On se décide alors à une prompte ouverture avec drainage.

Récidive quelques jours après en même place, qui guérit par les lavages chauds et les vaccins.

Observation XVI.

(Santi, *Policlinico Sezione Pratica*, p. 627, 6 mai 1929.)

Enfant de 11 mois, sans antécédents pathologiques, entre le 18 août 1927 à l'hôpital parce que ses parents ont remarqué qu'il ne pouvait prendre le sein et qu'il s'écoulait de sa bouche de la salive en même temps que sa langue dépassait ses lèvres. Ils remarquèrent une tuméfaction du côté gauche de la langue. L'enfant présentait des signes d'hyperthermie non contrôlés par le thermomètre. Ses parents le montrèrent à un médecin, qui l'envoya à l'hôpital pour probabilité de fibrome sublingual.

Examen. — Température, 38°8. L'enfant paraît souffrir ; il essaie de prendre le sein, mais ne peut téter suffisamment. Pas de dyspnée. Voix claire. Pas de tuméfaction appréciable à la région sous-maxillaire ni latéro-cervicale. Rien à l'appareil respiratoire ni à l'abdomen. L'enfant tient la bouche entr'ouverte. Il s'en écoule de la

salive, et on aperçoit la pointe de la langue, légèrement sortie. Augmentation du volume de la langue dans sa moitié gauche ; le côté droit est légèrement tuméfié, mais seulement près de la ligne médiane. Examinant la face inférieure de la langue, on remarque également que la tuméfaction est du côté gauche et surtout au milieu de l'organe. La muqueuse de la langue est un peu cyanosée et n'offre pas de solution de continuité. La palpation donne une sensation de fluctuation. Elle provoque une vive douleur.

En position de Rose, après désinfection à la glycérine iodée, on pratique au bistouri une incision paramédiane gauche, un peu en avant du V lingual. On agrandit et on approfondit l'incision avec une pince de Kocher. Il s'écoule environ une cuillerée de pus jaune verdâtre non fétide. Présence de staphylocoques. L'enfant fut guéri en quelques jours.

Observation XVII.

(Tédenat, *Progrès médical*, 1926, p. 235.)

Homme de 25 ans, entre dans mon service le 10 mai. Plusieurs dents cariées. Depuis six jours, douleurs lancinantes dans la partie antérieure de la langue et du plancher de la bouche. Elles sont devenues plus intenses depuis hier matin. Les mouvements de la langue sont presque supprimés, la déglutition est gênée, douloureuse. Hier soir, frissons.

Il existe une vague rougeur dans la région hyoïdienne, sur laquelle la pression du doigt détermine une douleur profonde. Le malade ouvre la bouche sans véritable gêne ; la langue, très peu tuméfiée, est refoulée en haut. La déglutition est très gênée, presque impossible. Notable gêne de la respiration, face congestionnée. Le doigt sent, en arrière du V lingual, un œdème très net. Température, 39°8 ; pouls, 120.

Séance tenante, incision médiane de la symphyse du menton à l'os hyoïde. L'incision du mylo-hyoïdien donne un suintement tenace. Séparation des deux génioglosses avec une grosse sonde cannelée. Il s'écoule environ trois cuillerées à café de pus jaune clair

très fétide. Irrigation de la cavité de l'abcès avec sérum hypertonique chaud. La cavité de l'abcès arrive à la partie postérieure de la langue. Drain avec deux points de suture, l'un en avant, l'autre en arrière.

Soulagement immédiat : le soir, pouls, 88 ; température, 38 degrés.

12 mai : Le malade avale bien lait et purées, la langue a repris presque toute la mobilité, respiration facile.

14 mai : Bien-être, pas de pus, drain enlevé.

Le malade quitte le service le 21 mai ; cicatrice bonne.

Chez ce malade, le pus occupait la fente médio-linguale, sans fusées latérales, mais l'occupait dans toute sa longueur, jusqu'à la racine de l'épiglotte, où existait un œdème très net.

Le corps de la langue n'était pas ou très peu affecté.

Observation XVIII.

(Docteur Halphen, Otorhinolaryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis ; cité par Aboulker.)

Abcès de la langue guéri par le bactériophage d'Hérelle.

Une femme de 32 ans entre à l'hôpital avec une forte température et des phénomènes dyspnéiques alarmants. Depuis quelques jours, cette femme souffre d'une angine aiguë et de douleurs dans la région hyoïdienne avec dysphagie marquée.

A l'examen, rendu très difficile par la sensibilité de la langue, on note un gonflement dur, douloureux, tendu, de la partie médiane de la base de la langue, s'étendant sur la face antérieure de l'épiglotte.

Impossible de tirer la langue hors de la bouche. Injection immédiate de 3 cm^3 de bacté-staphyphage autour de la région enflammée. Auto-hémothérapie avec 10 cm^3 de sang.

Le lendemain, grosse amélioration, baisse de température. On recommence le même traitement le troisième jour.

Le surlendemain, la malade se sent tout à fait bien et n'a plus de température. Disparition complète de la dysphagie et de la dyspnée du début, qui faisait craindre l'éventualité d'une trachéotomie.

Observation XIX.

(Docteur Sudaka.)

G. A..., 29 ans, est atteint de fréquentes angines. Au décours d'une amygdalite banale, vient nous consulter pour une dysphagie importante avec légère dyspnée.

Mauvais état général, facies d'infecté. Température, 39°7.

A l'examen de la gorge, amygdalite cryptique au déclin. La pression légère de l'abaisse-langue détermine de vives douleurs irradiées à l'oreille droite.

Au laryngoscope, ce qui frappe tout d'abord, c'est une amygdalite linguale avec surélévation notable du sillon glosso-épiglottique ; œdème marqué du larynx dans toute sa moitié droite. Protusion de la langue très limitée et douloureuse.

Un traitement médical est institué, dont le « propidon ». Nous revoyons le malade le surlendemain : la tuméfaction s'est étendue en avant et est plus nettement latéralisée ; sensation de fluctuation à la base de la langue. Le malade s'oppose à toute intervention malgré une dyspnée inquiétante ; on continue les injections de propidon.

Deux jours plus tard, le malade évacuait spontanément deux cuillerées à soupe de pus fétide par une fistule du sillon épiglottique.

C. — Formes chroniques.

Observation XX.

(Gaillard, Société nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon, 22 févr. 1928.)

Homme de 44 ans, souffrant depuis trois mois d'une gêne progressivement douloureuse à la déglutition, calmée par aucun traitement.

Depuis dix jours, douleurs intolérables, empêchant toute alimentation. Elles siègent profondément dans la gorge, surtout du côté

droit, et s'irradient vers l'oreille ; les symptômes se sont installés progressivement chez un homme à la mauvaise dentition et sujet aux angines. Il y a un mois et demi, lorsqu'il souffrait déjà beaucoup, il présenta une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite et dit avoir craché un peu de pus. Depuis trois mois, malgré un traitement de compresses, de gargarismes et de collutoires, il a maigri de 10 kilos.

Au premier aspect de cet homme de 44 ans, amaigri, au teint terreux, à la physionomie douloureuse et contractée, à la parole sourde et difficile, gênée encore davantage par la salivation abondante, je pensais à un épithéliome térébrant de la base de la langue ou du pharynx. A ma grande surprise, aucune ulcération glosso-pharyngée. Les amygdales étaient grosses, chroniquement infectées, mais sans signe de suppuration péri ou intraamygdalienne. Presque toutes les dents étaient réduites à l'état de chicots, avec pyorrhée alvéolo-dentaire. La région sous-maxillaire droite me parut occupée par plusieurs ganglions un peu douloureux, mais sans périadénite.

Ce qui frappait surtout, c'était l'immobilité de la langue, son blocage complet et bilatéral. Aucune voussure apparente de l'organe, mais un doigt explorateur faisait sentir une induration profonde et très douloureuse de la moitié droite de la langue, au niveau des molaires. Cette impression de masse dure, ligneuse, était rendue encore plus nette par un deuxième doigt au niveau du plancher sus-hyoïdien.

Il n'existait aucun trismus et la température du malade était de 37 degrés.

Je pensais à l'existence d'un abcès enkysté profond de la langue, et malgré deux ponctions exploratrices, je ne pus avoir confirmation du diagnostic.

Le lendemain, grâce à une grosse aiguille trocart enfoncée obliquement dans la langue par le sillon para-lingual droit, je trouvais l'abcès, à 2 centimètres de profondeur. Je retirais environ 6 cm^3 de pus malodorant, mais non fétide, spontanément puis par aspiration.

Le soulagement fut immédiat ; le malade put s'alimenter et dormir le soir même. L'organe reprit vite sa mobilité habituelle et,

quinze jours après la ponction, la guérison pouvait être considérée comme complète.

Observation XXI.

(Worms et Bercher, Obs. III, in *Presse médicale*, p. 973, 1922.)

Hémiglossite ligneuse.

Le gendarme J. E... entre au Val-de-Grâce, le 11 septembre 1921, avec le diagnostic de néoplasme de la langue.

Ce sous-officier, célibataire, de bonne santé habituelle, sans antécédents spécifiques, a présenté, en avril 1921, un ptosis de la paupière supérieure droite, survenu en deux jours sans cause apparente. Il fut traité jusqu'au mois d'août par des frictions mercurielles et sans résultat.

A la fin d'août, il se développe une tuméfaction progressive, s'étendant à toute la moitié droite de la langue, sous forme d'une masse ferme, à contours diffus, sous-jacente à la muqueuse, qui elle-même ne présente aucune modification apparente. Cette tumeur prend un aspect tel que, malgré une réaction de Wassermann négative, un traitement spécifique intense est institué sous forme d'injections intraveineuses de cyanure de mercure. Ce traitement n'ayant donné aucun résultat, le malade est évacué sur le Val-de-Grâce.

Le 13 septembre, nous constatons l'existence de lésions buccales importantes. C'est d'abord la langue qui est figée en immobilité absolue. Toute la moitié droite est épaisse, dure, cartonnée, à peine douloureuse à la pression, alors que la moitié gauche a gardé sa souplesse et sa forme normales. Ensuite, c'est le plancher de la bouche qui lui aussi est dur comme du bois dans sa moitié droite. C'est, enfin, une adénopathie sous-maxillaire, également dure et peu douloureuse à la pression.

Les trois organes : langue, plancher buccal, région sous-maxillaire du côté droit, sont soudés en un seul bloc et paraissent figés.

Du même côté encore, on note de la stomatite, avec quelques ulcérations sur le bord de la langue, sur la joue et au niveau d'un bourgeon muqueux recouvrant la dent de sagesse, qui termine son

évolution. Cet état engendre une gêne presque absolue de la déglutition et un amaigrissement considérable. Il n'y a pas d'élévation de la température. Tous ces symptômes éveillaient l'idée soit d'un néoplasme, soit celle de tumeur inflammatoire ; l'évolution de l'affection, le jeune âge du sujet, ne s'inscrivaient pas contre le diagnostic d'épithélioma interstitiel à forme infiltrante, et tel avait été l'avis des chirurgiens consultants.

Or, le 17 septembre, nous avons l'heureuse surprise de trouver notre malade très amélioré. La langue, diminuée de volume, avait retrouvé une partie de sa mobilité. L'adénite sous-maxillaire devenait isolable. Il paraissait dès lors certain qu'il s'agissait bien d'une affection purement inflammatoire de la langue et du plancher de la bouche. Il ne restait plus qu'à trouver l'origine de cette infection.

Ainsi que nous l'avions noté, la dent de sagesse terminait son évolution ; il subsistait en arrière d'elle un cul-de-sac muqueux suppurant, très douloureux à la pression. Pensant que l'origine de ces accidents pouvait se trouver dans ce capuchon infecté, le 19 septembre, sous anesthésie tronculaire du nerf Di, nous procédons à l'extraction de la dent de sagesse inférieure droite, suivie de lavage antiseptique.

Les lavages sont continués et l'amélioration se poursuit rapidement.

Le 23 septembre, il n'y a plus d'adénite, le plancher de la bouche est devenu souple, seule la pointe de la langue est déviée vers la droite.

L'état général s'améliore parallèlement. Le 3 octobre, la guérison peut être considérée comme complète.

Le ptosis est guéri par l'électricité, et, au début de novembre, le sous-officier quitte l'hôpital guéri.

Observation XXII.

(Kendirjy et Lapouge, *Archives internationales de laryngologie*, mars 1923.)

M. G..., 45 ans, marié et père de deux enfants, sans antécédents héréditaires ou personnels notables, présente, au milieu de juillet

1922, de légers troubles dysphagiques. Le médecin de la famille constate une légère rougeur des piliers et des amygdales et prescrit un traitement médical qui a vite raison de ces phénomènes. Quatre ou cinq jours après, tout est rentré dans l'ordre. Mais la semaine suivante, un matin, au réveil, les troubles dysphagiques réapparaissent plus violents et s'accompagnent de troubles de la parole. Le malade accuse une gêne manifeste dans les mouvements de la langue. Le médecin général, devant l'acuité des phénomènes, fait appeler l'un de nous (Lapouge). Nous trouvons un malade amaigri, pâle. La parole est difficile, sa voie nasonnée. Il salive abondamment, garde la bouche entr'ouverte et avale péniblement, marquant très nettement les différents temps de la déglutition.

Cou et régions sous-maxillaires. — Le cou n'est pas augmenté de volume et sa palpation n'est pas douloureuse. La crépitation laryngée est conservée. Par contre, la région sous-maxillaire droite est le siège d'une tuméfaction légère. Elle est sensible à la pression, et l'on perçoit très nettement, à son niveau, une zone empâtée de l'étendue d'une pièce de 5 francs. Un ganglion sous-angulo-maxillaire, douloureux, roule sous le doigt.

Bouche. — Léger trismus. La langue est pileuse et globuleuse. Ses mouvements sont très limités dans toutes les directions, en haut, latéralement, et surtout en avant. La pointe, en effet, dépasse difficilement les arcades dentaires ; elle est déviée à droite, présentant ainsi le signe de l'« amarre » de Sébileau, retrouvé généralement dans les néoplasies malignes. L'abaisse-langue déprime facilement l'hémilangue gauche et découvre la région amygdalienne homolatérale, qui ne présente d'ailleurs rien de particulier. La partie droite, au contraire, du corps de la langue résiste à une pression soutenue de l'instrument et masque presque toute la région amygdalienne du même côté. Le voile est normal, ainsi que la paroi pharyngée postérieure et le naso-pharynx. La denture est défectueuse. Une pyorrhée alvéolo-dentaire généralisée, et surtout marquée à la région molaire droite, ébranle les dents et rend l'haleine fétide.

Palpation. — La langue est douloureuse dans toute sa masse, mais surtout en arrière et à droite, où l'on constate un noyau induré, du volume d'une noix, siégeant en plein parenchyme. La face infé-

rieure droite de la langue et le plancher adjacent sont également indurés et douloureux à la pression. La palpation endobuccale, combinée à la palpation externe (deux doigts appliqués extérieurement au niveau de la tuméfaction sous-maxillaire droite) permet de localiser très exactement la zone empâtée du plancher. Elle siège exactement dans la région de la glangue sublinguale.

Examen laryngoscopique. — L'amygdale linguale est rouge et légèrement tuméfiée, de même le repli ary-épiglottique droit. L'épiglotte est normale, ainsi que l'exo et l'endolarynx.

Devant l'absence de phénomènes laryngés, et aussi de fluctuations dans la zone empâtée, nous restons dans l'expectative et prescrivons des lavages de bouche et des pansements humides très chauds en permanence sur le cou.

La nuit est bonne ; le lendemain, le malade se sent mieux, cause plus facilement, avale des aliments solides et se lève quelques heures. Le surlendemain, l'amélioration s'accentue.

Mais trois jours après, très brusquement et de nouveau le matin au réveil, la dysphagie violente réapparaît et s'accompagne cette fois de troubles dyspnéiques légers, sans température. Une consultation a lieu. Constatant les mêmes lésions décrites plus haut, mais plus accusées, et surtout compliquées d'un œdème de l'épiglotte, nous décidons d'intervenir par voie externe.

Opération (16 août 1922) (Kendirjy). — C'est l'opération classique de la découverte de l'artère linguale dans le triangle de Pirogoff, pratiquée sous anesthésie locale.

Dissociation de l'hyo-glosse : rien dans le tissu cellulaire sous-jacent. Des ponctions, d'abord avec la pointe du bistouri, ensuite avec la sonde cannelée, dans les masses musculaires indurées de la base de la langue, ne ramènent pas de pus, mais du sang en abondance. Drainage avec une mèche de gaze. Trois points de suture. Pansement humide.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, le malade se sent mieux. Il parle et avale plus facilement ; l'œdème de l'épiglotte a disparu, ainsi que celui des replis ary-épiglottiques. Au point de vue local, la base de la langue est certainement moins globuleuse et le noyau induré moins étendu ; de même, le plancher

apparaît un peu plus souple. Mais cinq ou six jours après, l'amélioration progressive et lente s'arrête. Alors que la plaie opératoire externe est déjà cicatrisée (les fils sont enlevés), on constate toujours la plaque cartilagineuse du plancher et de la face inférieure de la langue. Celle-ci est encore limitée dans ses mouvements. Nous pensons qu'il s'agit de simples adhérences postopératoires et nous conseillons au malade de ne plus se préoccuper et de reprendre peu à peu sa vie et son alimentation normales.

Mais les jours passent et l'état reste stationnaire : toujours la même induration et quelques douleurs irradiées dans l'oreille droite, qui ne sont point sans nous inquiéter. Pour écarter la syphilis, nous faisons faire un Bordet-Wassermann. Le résultat est négatif.

L'un de nous (Lapouge), pensant à la persistance d'un petit noyau purulent central, avec réaction inflammatoire périphérique, ayant échappé à la sonde cannelée au cours de l'intervention, nous pratiquons sans aucun succès douze ponctions exploratrices au cœur même de la masse indurée. Il ne sort que du sang. Deux pointes de galvano cautère sont plongées en plein tissu, sans plus de résultat : pas de pus, pas même de sérosité.

Devant cette plaque cartilagineuse, cette immobilisation partielle de la langue qui tend à s'éterniser et cet état général mauvais, nous pensons au néoplasme, mais avant de faire une prise pour biopsie, nous décidons d'attendre, tout en surveillant le malade.

Celui-ci revient nous voir au bout d'un mois, presque guéri. Il parle facilement et s'alimente comme autrefois. Son état général est bon (reprise de 9 kilos sur 12 perdus au cours de la maladie). Au point de vue local, la langue est souple et mobile. Il reste néanmoins un tout petit noyau induré au niveau du plancher, noyau vraisemblablement responsable de la légère déviation à droite que présente encore la langue lorsque le malade la tire.

Conclusions. — Nous nous trouvons en présence d'une glossite parenchymateuse sans pus, ayant évolué en trois mois et dont la cause nous paraît être la pyorrhée alvéolo-dentaire plutôt qu'une amygdalite linguale. Un début brusque, des améliorations passagères, des poussées inquiétantes, et enfin un passage à la chronicité,

non moins inquiétant, sont les phénomènes les plus saillants de cette affection.

Cette forme d'abcès de la langue a bien été signalée, mais les auteurs classiques (Broca, Morestin, Lenormant) ne l'ont fait qu'effleurer. Ils parlent, en effet, d'une forme profonde fixant la langue au plancher, avec induration profonde et légère adénopathie. Tous ces signes se rencontraient dans notre cas, mais là où siège la différence, c'est dans l'intervention elle-même, qui permit aux auteurs en question de découvrir et d'évacuer un verre à liqueur très fétide. « Le pus a échappé à nos recherches », va-t-on nous objecter....Cette éventualité nous paraît difficile. Douze ponctions exploratrices dans une zone aussi limitée, une intervention large et profonde, deux ponctions au galvano cautère, sont, ce nous semble, de nature à l'écarter. Nous n'avons d'abord jamais eu l'impression de pénétrer dans une cavité purulente, si petite fût-elle ; notre aiguille, au contraire, traversait un tissu uniformément lardacé jusqu'aux parties voisines normales.

Il nous a paru intéressant de signaler ce cas en raison de sa forme clinique tout à fait singulière.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès de la langue se divisent en deux catégories anatomiquement, étiologiquement et cliniquement différentes.

a) Les abcès de la pointe siègent en plein tissu musculaire dense, surviennent d'habitude par inoculation directe (agent extérieur ou aspérité dentaire) et ont des signes cliniques apparemment bénins. L'examen, le diagnostic et le traitement de cette variété d'abcès sont relativement faciles.

b) Les abcès de la base siègent dans les interstices cellulaires de la base de la langue, apparaissent, dans l'ensemble, comme produits par la propagation lymphatique de lésions de voisinage et ont une symptomatologie généralement bruyante. L'examen local, le diagnostic et le traitement offrent alors certaines difficultés.

II. — Etiologiquement, les lésions retrouvées le plus fréquemment sont :

les angines banales ;
la carie dentaire.

III. — Le signe capital est la perte de la protusion de la langue.

IV. — Dans la majeure partie des cas, la ponction exploratrice permet de faire le diagnostic différentiel, le diagnostic de localisation et le diagnostic de la forme microbiologique des abcès de la langue.

V. — La vaccinothérapie, locale (bactériophage d'Hérelle) et générale (Propidon), bien qu'elle n'ait pas été encore employée systématiquement, semble donner de bons résultats. Seules, les formes aiguës des abcès de la base, et à la phase phlegmoneuse, paraissent justiciables d'une telle thérapeutique, les formes dans lesquelles la suppuration est nettement localisée relevant avant tout d'une intervention chirurgicale. La sérothérapie antigangréneuse est à employer lorsque le pus de l'abcès présente une odeur sphacélique.

VI. — La voie buccale est la voie d'élection pour l'incision des abcès de la langue. Ce n'est que dans des cas exceptionnels (impossibilité d'accéder sur le foyer suppuré) qu'on peut être amené à employer la voie cervicale (voie latérale de Kilian ou voie médiane sus-hyoïdienne).

VII. — Le pronostic vital et le pronostic fonctionnel sont favorables.

VIII. — Mention spéciale doit être faite de certaines formes chroniques qui simulent parfois un néoplasme, de telle sorte que le diagnostic ne peut être fait que par l'évolution clinique ou la biopsie.

Vu, pour le Doyen :
L'Assesseur,
J. GUYOT.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
P. BÉGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 22 décembre 1933.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ABOULKER. — Observations citées par Aboulker dans la thèse : « Les abcès de la langue », Paris, 1932.

AROUX et JAUREQUI. — Abceso de la langua. *Rev. Asoc. Medical Argentina*, XXXVI, 1923, p. 70.

ARÉTÉE. — Livre I, chapitre III.

BIDART-MALBRAN. — *Semaña médical*, Buenos-Ayres, 23 mai 1929.

BARLOW. — Lingual abscess. *Boston M. and S. Journal*, 1925, p. 353.

BRESCHET et FINOT. — Dictionnaire des sciences médicales, 1817, t. XVIII.

BRISSAUD, PINARD et RECLUS. — Pratique médico-chirurgicale. 1907.

BROCA. — *in* Traité de chirurgie, de DUPLAY et RECLUS.

BRUNK. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1908, nº 23.

BUTLIN. — Cité par BOUISSON, Dictionnaire Dechambre, 1868.

CAULIER. — De la glossite profonde aiguë. Thèse Paris, 1885, nº 113.

CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration, t. II, p. 162.

CHARPY. — Abrégé d'anatomie, vol. 3, p. 1213.

CLAVEL et PLAUCHU. — Communication à la Société nationale de Médecine et des sciences médicales. *Lyon médical*, 14 août 1932.

COMBIER et MURARD. — *Presse médicale*, 1922, p. 798.

CORLIEU. — *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 606.

CRUVEILLER. — Anatomie descriptive, vol. 2, p. 51.

CRAIGIE. — *Edinburg Medical and Surgical Journal*, 1834.

Cummingham. — Text book of anatomy, p. 1005, 4e éd.

Cuvillier et Quirin. — *Archives internationales de laryngologie*, 1923.

Delannoy. — Phlegmon de la langue. *Archives internationales de laryngologie*, 1923, XXIX, p. 418.

Dunet, Barbier et Pouzet. — *Presse médicale*, 2 mars 1927.

Dunet et Michon. — *Revue de chirurgie*, 1923.

Dupas. — *Journal de médecine de l'Ouest*, Nantes, 1878, p. 16.

Duperrier. — De la glossite profonde aiguë. Thèse Paris, 1907, nº 207.

Frank (Pierre). — Cité par Breschet.

Gaillard. — Société nationale de médecine et de sciences naturelles de Lyon, 22 févr. 1928.

Duplay et Reclus. — Traité de Clinique. Glossites aiguës, 1898.

Gallien. — Cité par Delaporte.

Goodale. — *Annals of Gynecology and Pediatry*, mai 1899.

Guenau de Mussy. — *Archives générales de médecine*. Paris, 1879.

Halphen. — Observation citée par Aboulker, *in* Thèse, Paris, 1922.

Hippocrate. — Traduction Littré, 1841, t. III, p. 67.

Kendirjy et Lapouge. — *Archives internationales de laryngologie*, mars 1923.

Kilian. — Cité par Tédenat.

Kirmisson. — Manuel de pathologie externe.

Labroue. — *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1885, p. 57.

Macfarland (D.). — Lingual abcess. *J. Ophtalm. Otol. and Laryngol.*, XXV, 1921, p. 225.

Marronneaud. — Contribution à l'étude des abcès de la racine de la langue. Thèse Bordeaux, 1922.

Maisonneuve. — Thèse agrégation, 1848.

Maitrerobert. — Contribution à l'étude des abcès de la langue. Thèse Lyon, 1927.

Michon. — Voir Dunet et Michon.

Morestin. — *Bulletin et mémoires de la Société d'anatomie*, 1911, *in* Le Dentu et Delbet.

PETRIDIS. — *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie*, juill. 1923.

PATEL et MONTEL. — Abcès de la langue, *Société de médecine et sciences médicales*, 22 févr. 1928.

PRINCETEAU. — *Journal de médecine de Bordeaux*, janv. 1911.

RIMAUD (L.). — Sur les abcès lymphangitiques du corps de la langue, *Revue de stomatologie*, mai 1928.

RIMAUD. — *Annales des maladies de l'oreille*, avril 1927, p. 373.

ROUVIERE. — Les lymphatiques, 1932.

SABRAZÈS et BOUSQUET. — *Presse médicale*, 1899, p. 300.

SANTI. — Policlinico sezione pratica, 6 mai 1929.

SUDAKA. — Les abcès de la langue. Communication au Congrès pour l'avancement des sciences, in *Algérie médicale*, déc. 1927.

TÉDENAT. — *Progrès médical*, 1926, p. 235.

THIÉBAUD. — Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë. Thèse Paris, 1894, nº 318.

TRUFFERT (P.). — De l'amygdalite phlegmoneuse linguale. *Bulletin médical*, Paris, 25 juin 1932.

TEXIER et LÉVESQUE. — *Annales des maladies de l'oreille*, mai 1923.

VALERIO (A.). — Dois casos de abcessos de lingua. *Brazil Méd.* 1924, p. 215, part. 2.

VENOT. — Abcès froid de la langue.

VIGUIER. — Cité par YVER.

VIDAL. — *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie*, 1854, p. 260.

WANDEVERRE (W.). — Abcess of the tongue. *Southwerstern Med.*, May 1929.

VIOLLAUD. — Essai sur la glossite. Thèse Paris, 1815, nº 127.

WORMS et BERCHER. — *Presse médicale*, 11 nov. 1922, p. 973.

YVER. — *Archives de médecine et de pharmacie navales*, 1926, p. 111.

ZAZOWSKI. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1844.

IMPRIMERIE CADORET. — BORDEAUX